

§§ 11 og 12-22

vedtoges uden afstemning.

Ændringsforslag nr. 11 og 12 betragtedes som

bortfaldet efter forkastelsen af ændringsforslag nr. 2 og 3.

§§ 23-25

vedtoges uden afstemning.

§ 26

vedtoges med 107 stemmer mod 10.

Ændringsforslag nr. 13 om, at § 26 udgår, var dermed forkastet.

§§ 27-33

vedtoges uden afstemning.

Lovforslagets overgang til tredje behandling vedtoges uden afstemning.

Fjerde næstformand (Poulsen):

Jeg foreslår, at lovforslaget går direkte til tredje behandling uden fornyet udvalgsbehandling. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Op-hold). Det er vedtaget.

Jeg skal her udsætte mødet. Det genoptages i dag kl. 19.15.

Mødet udsat kl. 18.26

Mødet genoptaget kl. 19.15

Den sidste sag på dagsordenen var:

23) Forespørgsel nr. F 33:

Forespørgsel til sundhedsministeren:

»Hvilke initiativer agter regeringen at tage med henblik på at opretholde og videreudvikle det offentlige sundhedsvæsen og fjerne ventetider for sygehusbehandling, som ikke er behandlingsmæssigt begrundede?«

Af Torben Lund (S) m.fl.

(Forespørgslen anmeldt 15/5 90. Fremme af forespørgslen vedtaget 16/5 90).

*Begrundelse***Torben Lund (S):**

Jeg vil gerne starte med at konstatere, at vi her i landet har et offentligt sundhedsvæsen, som er meget veludbygget, og som samtidig er meget billigt. Mens vi her i landet bruger ca. 6 øre for hver krone, der i øvrigt omsættes i samfundet, til sundhedsvæsenet, bruger man i Sverige 9 øre, i Vesttyskland 8 øre, og i USA er man helt oppe på 12 øre, altså det dobbelte af, hvad vi bruger til sundhedsvæsenet her i landet.

Jeg synes også, det er værd at mærke sig, at sundhedsudgifternes andel af den samlede samfundsøkonomi i 1980'erne er steget i næsten alle lande undtagen i Danmark og i Sverige, hvor sundhedsudgifternes andel af samfundsøkonomien har været stadig faldende, og faldet har været størst her i Danmark. Man kan således ikke sige, at der på nogen måde er tale om, at sundhedsudgifterne i Danmark i 1980'erne har ligget på et bemærkelsesværdigt højt niveau, og der er bestemt heller ikke tale om, at de på nogen måde er løbet løbsk eller kan siges at have været en stigende belastning for samfundsøkonomien, tværtimod.

Årsagerne til, at vi har et så billigt sundhedsvæsen, tror jeg er flere. Jeg tror, det hænger sammen med den decentrale struktur, som giver optimale muligheder for at planlægge efter lokale og regionale behov. Jeg tror, at vores familielægesystem har en stor betydning. Familielægen er en god visitor til resten af tilbuddene i vores sundhedsvæsen. Jeg tror også, det forholdsvis gode samarbejde, vi har imellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet, har spillet en stor rolle. Og endelig har vi meget bevidst arbejdet med udflytning af opgaver fra indlæggelse på vores sygehuse til ambulante behandling enten på sygehusene eller i privat praksis.

Men oven i de ting kommer, at sygehusvæsenet, som jo tager tre fjerdedele af alle sundhedsudgifter, i 1980'erne har været igennem en meget skrap kur. Der er sket meget betydelige effektiviseringer og produktivitetsforøgelse. Trods det at vi har fået væsentlig flere patienter, har vi alligevel kunnet konstatere et faldende sengedagsforbrug. Vi har også set, at indlæggelsestiden er gået meget væsentligt ned, således at udgifterne pr. indlæggelse er faldet meget betydeligt.

Der har altså været tale om en meget virksom og økonomisk styring, som har bevirket,

[Torben Lund]

at sygehusudgifterne har kunnet holdes i ro, på trods af at der er udviklet stadig nye behandlingsmuligheder, og på trods af at vi har fået en stadig ældre befolkning.

Men samtidig med at disse ting er sket, må vi også konstatere, at man nu i sine besparelsesrunder er nået ud over, hvad sygehusvæsenet kan holde til, hvis patientbehandlingen, patientplejen og servicen ikke skal forringes.

Den meget stramme økonomiske styring, der har været, har nu vist sine negative sider. Vi ser en stærk nedslidning af apparaturet mange steder, vi ser en nedslidning af sundhedspersonalet, som har været ude for et stadig større arbejdspress, vi ser lange ventetider udvikle sig, og vi ser en klar tendens til, at en privatisering af vores sundhedsvæsen breder sig.

Og med det formål at skabe en sikkerhed for, at det billige offentlige sundhedsvæsen fortsat kan bevares og udvikles, og for, at vi kan få de lange ventetider bragt væsentligt ned, har vi rejst denne generelle sundhedsdebat, som jeg håber må bidrage til at sætte fokus på sundhedsvæsenets vilkår i dag og mulighederne fremover.

Besvarelse

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

I den senere tid har vi hørt en del om regeringens økonomiske politik over for kommunerne og amtskommunerne, herunder at den skulle indebære store problemer for sundhedsvæsenet.

Jeg finder derfor grund til at understrege, at denne politik hviler på frivillige aftaler med de kommunale organisationer. Regeringen har således den 8. maj 1990 indgået aftale med Kommunernes Landsforening om kommunernes økonomi og den 9. maj 1990 med Amtrådsforeningen om den amtskommunale økonomi. Aftalerne indebærer, at kommuner og amtskommuner i 1991 holder uændret skat, og at det forventede kommunale overskud i perioden frem til 1994 omsættes i kommunale skattelettelser. Det er desuden aftalt, at kommunernes og amtskommunernes udgiftspolitik for de kommende år udformes parallelt med statens.

Sparekravene svarer til 1,3 pct. af de kommunale og amtskommunale udgifter på de styrbare områder. Dette svarer til de krav, der er stillet til staten for 1991.

Regeringen vil med støtte fra Kommunernes Landsforening og Amtrådsforeningen gennemføre forskellige ændringer i regler og overenskomster, som kan støtte kommuner og amtskommuner, når de skal gennemføre nødvendige besparelser.

I overensstemmelse med principperne i det kommunale selvstyre er aftalerne udformet som rammeaftaler. Det vil sige, at aftalerne angiver de overordnede økonomiske rammer, inden for hvilke det kommunale selvstyre kan udfolde sig. Det betyder, at det er kommunalpolitikkerne, der har ansvaret for prioriteringen af kommunernes og amtskommunernes ressourcerforbrug.

Aftalerne berører således ikke kommunalpolitikernes ret til at fordele ressourcer på de enkelte sektorer. Det er jo også kommunalpolitikkerne, der har det største kendskab til de lokale forhold, og som bedst kan vurdere, hvor i kommunen eller amtskommunen der er mulighed for at effektivisere og rationalisere.

Jeg synes, man skal vise respekt for det kommunale selvstyre, ikke mindst i en situation, hvor de kommunale organisationer har vist sig deres ansvar bevidst ved at indgå aftaler til gavn for samfundsøkonomien.

Den socialdemokratiske forespørgsel afspejler, forstår jeg, en bekymring for, om det vil være muligt at videreudvikle det danske sundhedsvæsen inden for de økonomiske vilkår, der er aftalt for 1991 med kommunerne og amtskommunerne.

Erfaringerne fra 1980'erne viser imidlertid, at en stram økonomisk styring ikke er til hinder for en positiv udvikling i sundhedsvæsenet. Udgifterne til det danske sundhedsvæsen er i 1980'erne steget meget beskedent i sammenligning med andre lande og har udgjort en faldende andel af bruttonationalproduktet. Det er usædvanligt i forhold til andre lande.

Alligevel kan vi konstatere, at sundhedsvæsenet i kraft af en forbedret produktivitet og effektivitet kan behandle flere patienter end nogen sinde. Gennem 1980'erne er udskrivningstallet og antallet af ambulante besøg steget mærkbart på vore sygehuse. Da sengetallet samtidig er faldet, er det udtryk for en kraftig forbedring af ressourceudnyttelsen. Det viser sig således også, at udgifterne pr. indlæggelse i faste priser er faldet ca. 10 pct.

[Sundhedsministeren]

Den positive udvikling i sygehusvæsenet er bl.a. muliggjort af den lægevidenskabelige og teknologiske udvikling, som f.eks. har muliggjort omlægninger fra indlæggelse til ambulante kirurgi, kortere liggetider m.m.

Også arbejdsdelingen i sundhedssektoren har imidlertid spillet en rolle. Der er gennemført en betydelig udbygning af hjemmesygeplejen, og i sidste halvdel af 1980'erne har aktiviteten hos de praktiserende læger fået større vægt i forhold til sygehusvæsenet.

Med hensyn til de sundhedsopgaver, der varetages i kommunerne – hjemmesygepleje, sundhedspleje, skolesundhedspleje og børnetandpleje – gælder, at der også her har været en god udvikling i de seneste år.

Udgifterne til hjemmesygepleje er steget kraftigt op gennem 1980'erne, og det er bl.a. et udtryk for den omstilling, der i perioden er sket i sundhedsvæsenet. Jeg vil i den forbindelse gerne understrege, at udvikling af sundhedsvæsenet også omfatter en indsats, der flytter ressourcer fra de sektorer, der har et faldende behov, til områder, hvor der er brug for en ekstra indsats.

På sygehusvæsenets område har der været stor interesse omkring ventetider, og det er forståeligt. For de patienter, som må vente i længere tid på en operation – især når de i ventetiden har smerter eller er uarbejdsdygtige – er det en uacceptabel belastning. Set i sammenhæng med den samlede aktivitet i sygehusvæsenet er det imidlertid på forhåndsvist for områder, der er ventetid. Alle akutbehandlingskrævende patienter indlægges og behandles akut.

I 1988 var der over en million indlæggelser på sygehusene. Kun i ca. 5 pct. af disse tilfælde var der gået mere end 3 måneder, fra patienten blev henvist, og til indlæggelse fandt sted. Blandt disse 5 pct. er der endvidere langt fra alle tilfælde tale om et venteproblem. Ventetiden kan være begrundet af behandlingsmæssige hensyn, nemlig nødvendige forundersøgelser og lignende, ligesom en del patienter ønsker indlæggelsen lagt på et bestemt tidspunkt.

Der er således alene tale om et reelt venteproblem, når patienter må vente på grund af manglende behandlingskapacitet. Og det er i dag ikke muligt at opgøre, hvor stor en andel af de 5 pct. dette er tilfældet for. Jeg siger ikke, at lange ventetider ikke er et aktuelt problem i sygehusvæsenet; jeg prøver blot at beskrive pro-

blemets størrelse, ikke for den enkelte – for den enkelte er lange ventetider altid urimelige, især hvis det er en smertefuld lidelse, man er plaget af – men jeg prøver at beskrive problemets størrelse i forhold til sygehusvæsenets drift.

Sundhedsstyrelsen har siden 1987 gennemført en systematisk registrering af ventetider til visse operationer, hvor der i mange amtskommuner er en kapacitetsbetinget ventetid. Det drejer sig f.eks. om ledkirurgi og øjen- og hjer-teoperationer. Det er områder, hvor nye og bedre behandlingsmetoder har givet behandlingsmuligheder til et stadig voksende antal patienter, som tidligere ikke kunne hjælpes.

Udviklingen har betydet, at disse patienter tillige kan behandles på et endnu tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet. Et godt eksempel er behandlingen af grå stær. Tidligere opererede man først patienterne, når de var næsten blinde. I dag er operationen langt mindre kompliceret, og den kan ofte klares ambulant.

I 1985 blev der opereret 6.500 mennesker for grå stær. I dag opereres der ca. 12.000 om året. Antallet af operationer er altså fordoblet på få år. Når de medicinske og teknologiske muligheder stiger, øges behovet for behandlinger; anderledes kan det ikke være, og anderledes bør det selvfølgelig heller ikke være.

Når sygehusene øger kapaciteten på et område for at nedbringe ventelisterne, oplever de, at der henvises endnu flere patienter med samme lidelse, men på et tidligere sygdomsstadium, så ventelisterne alligevel ikke bliver mindre. Det har f.eks. været tilfældet for grå stær-operationerne. Opgørelserne for 1989 viser, at ventelisten til operation for grå stær har været voksende, på trods af at der er sket en fordobling af operationskapaciteten. Men skønt ventelisterne til grå stær-operationer er vokset, har den stigende operationsaktivitet betydet, at ventetiden for den enkelte patient er reduceret.

For patienterne er det afgørende problem længden af ventetiden og ikke antallet af ventende. Det er derfor glædeligt at konstatere, at der for den række af operationer, som Sundhedsstyrelsen følger nøje, generelt er sket en stigning i operationskapaciteten i 1989, hvilket har medført et fald i ventetiderne på disse operationer. Det kunne tyde på, at sygehusene mere og mere får tilpasset operationskapaciteten efter behovene.

[Sundhedsministeren]

Men hvad enten patienten er i arbejde, arbejdsløs eller pensionist, betyder ventetid imidlertid for alle tab af livskvalitet, ofte med medicinmisbrug, flere læge- og speciallægebesøg og andre sundheds- og/eller sociale ydelser.

Vi kan derfor alle være enige om, at vi skal have et effektivt sygehusvæsen med korte ventetider, og jeg er derfor indstillet på i samarbejde med sygehuskommunerne at arbejde for en yderligere reduktion af ventetiderne. Regeringen lægger stor vægt på at have god kontakt til de kommunale organisationer på det sundhedspolitiske område. I forbindelse med oprettelsen af Sundhedsministeriet i efteråret 1987 blev det derfor besluttet at nedsætte Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg med repræsentanter for de kommunale organisationer og regeringen. Der er herved skabt et godt kontaktforum.

Hvis det er kommunernes og amtskommunernes vurdering, at de indgåede aftaler med regeringen har skabt behov for yderligere initiativer fra de centrale sygehusmyndigheders side, er jeg meget villig til at drøfte det med repræsentanterne for de kommunale organisationer.

Det umiddelbare driftsansvar for sundhedsvæsenet ligger imidlertid hos kommunerne og især amtskommunerne. Det mener jeg også er rigtigt, fordi beslutningerne da træffes af folkevalgte organer tæt ved borgerne.

Dette udelukker imidlertid ikke, at de centrale sundhedsmyndigheder skal tage initiativer med henblik på at fremme og understøtte en omstillingsproces i sundhedsvæsenet, der betyder, at borgerne får den bedst mulige service for de midler, der er til rådighed.

Jeg synes også, at den hidtidige udvikling viser, at der er fremkommet mange brugbare initiativer i den forbindelse. Jeg vil i det følgende nævne nogle af de initiativer, vi har taget og vil tage i samarbejde med kommuner og amtskommuner.

Som følge af de seneste års udvikling i den medicinske teknologi fandt Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg ved et møde i december 1988, at der kunne være grund til at nyvurdere retningslinjerne for visitation til lands- og landsdelsfunktionerne inden for sygehusvæsenet og herunder overveje, om der ville være behandlingsmæssige og/eller økonomiske fordele forbundet med en yderligere samling af

lands- og landsdelsfunktionerne. Det skulle samtidig overvejes, om der var behov for at etablere særlige styringsmekanismer for at fastholde en ønsket visitation. På den baggrund nedsattes i december 1988 Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægningsudvalg.

Specialeplanlægningsudvalget har afgivet indstillinger vedrørende udbygningen af den hjertekirurgiske virksomhed, organisering af organtransplantationer, cystisk fibrose, kronisk respirationsinsufficiens, knoglemarvstransplantation samt MR-skannere.

Disse indstillinger, som har været behandlet i Det Sundhedspolitiske Kontaktudvalg, hvor der har været bred tilslutning til dem, vil efter min mening kunne bidrage til en videreudvikling af det danske sundhedsvæsens høje stade.

Jeg vil også gerne nævne arbejdet med referenceprogrammer. Sundhedsstyrelsen har nedsat en koordinationsgruppe for referenceprogrammer. Gruppens opgave er at igangsætte og støtte arbejdet med udvikling af referenceprogrammer, som foregår rundt om i landet. Ideen med referenceprogrammer er at gøre forebyggelse og undersøgelses-, behandlings- og plejeforløb mere gennemskuelige for at opnå et bedre grundlag for faglig og politisk prioritering af virksomheden i sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre en fortsat høj kvalitet og at opnå den bedst mulige anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Referenceprogrammerne bliver bl.a. formidlet i Sundhedsstyrelsens publikation Journal, som udsendes til politikere, sundhedsmyndigheder og sundhedsfagligt personale.

Sundhedsvæsenets kvalitet og mulighed for fortsat udvikling er i høj grad afhængig af et veluddannet sundhedspersonale. Men sundhedspersonalet skal ikke blot være veluddannet. Det skal også være fordelt på relevante personalekategorier og være til stede i et omfang og på et tidspunkt, hvor sundhedsvæsenet har brug for det.

Danmark har generelt set ingen mangel på sundhedspersonale og forventes heller ikke på længere sigt at få personalemangel, idet man på forskellig måde har iværksat reformer til imødegåelse heraf – særlig på pleje- og omsorgsområdet, hvor en vis mangel på grund af de små ungdomsårgange kunne forventes.

Folketinget har som bekendt netop vedtaget undervisningsministerens lovforslag om indfø-

[Sundhedsministeren]

relse af grundlæggende social- og sundhedsuddannelser inden for bistands-, pleje- og omsorgsområdet m.v. Det er en meget vigtig reform for en fortsat udvikling af vores social- og sundhedsvæsen. Den tilsigter bl.a. stor fleksibilitet ved tilrettelæggelsen af vores sundhedsvæsen, ligesom den tager sigte på at sikre sundhedsvæsenet en rimelig andel af de fortsat mindre årgange af unge, som udgår fra skolerne.

Også for lægeuddannelsen er der gennemført reformer til forbedring både af den lægelige grunduddannelse og af videreuddannelsen ved sygehusene.

Sundhedsministeriet har i efteråret 1989 iværksat en reform af den kliniske videreuddannelse af læger, der efter intensive forberedelser vil træde i kraft den 1. januar 1991. Herefter vil den lægelige videreuddannelse blive forbedret på flere punkter af væsentlig betydning for sundhedsvæsenets fortsatte udvikling. Den lægelige videreuddannelsesreform er samtidig en væsentlig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan gennemføre den længe drøftede ændring af opbygningen af de lægelige stabe på sygehusene.

Herefter vil et betydeligt antal tidsbegrænsede stillinger for læger blive konverteret til stillinger som fastansatte læger, enten som underordnede afdelingslæger eller som overlæger. En større andel fastansatte læger på sygehusafdelingerne vil i mange henseender forbedre sygehusvæsenets funktion. Lad mig kort nævne, at den mindre udskiftning af læger vil give en forbedret kontinuitet i patientbehandlingen, ligesom patienterne i større omfang vil få kontakt med mere erfarne læger, f.eks. ved skadestuebehandling og ved den første og afgørende visitation til videre behandling.

De initiativer, der er taget på forebyggelsesområdet, er også i høj grad et bidrag til videreudvikling af det offentlige sundhedsvæsen. Forebyggelse anses ofte for at være præget af et forholdsvis langt tidsrum fra den konkrete indsats, og indtil vi ser resultaterne i form af reduktion i sygelighed og dermed i behandlingsudgifterne.

Det er også rigtigt, når det gælder sygdomme som f.eks. kræft og kredsløbssygdomme, men det gælder ikke ulykkesforebyggelsen. Et meget stort antal sengedage, cirka 300.000 årligt, skyldes ældres – især kvinders – fald og deraf følgende brud på lårbenshalsen. Der kan gøres

meget her. F.eks. har Vejle Amt arbejdet med dette problem, og Sundhedsministeriet vil bringe disse erfaringer videre.

Trafikulykker, hvor det ganske ofte handler om unge mænd og spirituskørsel, koster ikke blot menneskeliv, men også tragedier i form af invaliditet og er meget behandlings- og plejekrævende for samfundet. Nordjyllands Amt har med sin meget succesfulde kampagne mod unges spirituskørsel formået at halvere spiritusuheldene i aldersgruppen 17-19 år. Det er positivt, at det følges op i en række amter, også landsdækkende af Rådet for Større Færdselssikkerhed her til sommer.

Når det gælder den øvrige forebyggelse, er det rigtigt, at resultaterne ifølge sagens natur ikke kan være så umiddelbart håndgribelige. Det er helt centralt, at vi både i og uden for sygehusvæsenet arbejder for at udbrede forståelsen for, at en forbedret sundhedstilstand i meget høj grad afhænger af den enkeltes egne valg og livsstil. Derfor bliver en påvirkning af den enkelte med hensyn til at overveje sin livsstil, sit alkoholforbrug, tobaksforbrug, sin ernæring, motion osv. efter min opfattelse meget afgørende.

Regeringen, amterne og kommunerne har hver deres opgave at udføre her. Amter og kommuner har den lokale kontakt og, som mine eksempler viser, også mange rigtige ideer. Fra centralt hold kan vi bidrage til at få de mange gode ideer bragt ud til endnu flere. Jeg er overbevist om, at loven om Det Forebyggelsespolitiske Råd, som Tinget for nylig vedtog, vil kunne bidrage væsentligt hertil både ved den styrkelse af debatten af de samlede prioriteringer i sin helhed, som selve rådet er udtryk for, og ved den samling af kræfterne, som sekretariaternes tilknytning til ministeriet og dets styrelse er udtryk for.

For sygesikringsområdet er det karakteristisk, at der de senere år er gennemført en række gode initiativer vedrørende udvikling af det faglige indhold i de overenskomster, som er grundlaget for hele denne sektors virksomhed.

Når det gælder fysioterapi, er der sket en væsentlig forbedring af tilbudene til de svært handicappede. I forbindelse med finanslovforliget for 1989 blev der afsat 30 mio. kr. til dette formål, og dette beløb er i forbindelse med drøftelserne med Amdsrådsforeningen om den kommunale økonomi forøget.

[Sundhedsministeren]

Som noget meget vigtigt vil jeg også fremhæve de nye overenskomster mellem den offentlige sygesikring og de praktiserende speciallæger. Speciallægepraksis har gennem flere år måttet fungere på basis af overenskomster, der i faglig henseende ikke er tidssvarende. Det bliver der nu rettet op på. De enkelte amtskommuner får også med de nye overenskomster nogle instrumenter, der vil muliggøre en øget udlægning af opgaver til speciallægepraksis på en sådan måde, at de økonomiske konsekvenser vil være forudsigelige. Hermed gives der mulighed for at lette presset på sygehusene, og det er min opfattelse, at der samtidig kan etableres løsninger, der i nogle henseender er mere tilfredsstillende for den enkelte patient.

Når det gælder almen lægehjælp, er situationen som bekendt den, at der nu forestår nogle vanskelige overenskomstforhandlinger mellem sygesikringen og Praktiserende Lægers Organisation. Som ved andre overenskomstforhandlinger gælder det, at sagen bedst hjælpes ved at lade parterne selv søge at finde en løsning på problemerne, og jeg skal derfor ikke i dag kommentere den konkrete forhandlingssituation, men blot tilkendegive, at det er mit håb, at det lykkes at finde en løsning, der, som det er tilfældet for de øvrige overenskomstområder, kan sikre, at almen lægepraksis får en tidssvarende overenskomstaftale, som giver grundlag for en fortsat faglig udvikling af denne sektor.

Mulighederne for at videreudvikle sundhedsvæsenet afhænger også af kvaliteten af det beslutningsgrundlag, amtskommuner og kommuner har til rådighed. I Sundhedsministeriet arbejder vi med tilvejebringelse af bedre metoder til at belyse omkostningerne ved de enkelte aktiviteter i sundhedsvæsenet. Vi er således i gang med drøftelser med amtskommunerne om udformningen af en kommende publikation om centrale nøgletal for aktiviteten i sundhedsvæsenet. Ideen hermed er, at amtskommunerne får et godt materiale til at sammenligne udgifterne på de enkelte områder og derved måske også finde frem til, hvorfor der ved løsning af samme opgave er forskelle i udgifterne.

Vi lægger også op til, at de praktiserende læger skal have bedre talmateriale til belysning af aktiviteten i deres egen praksis.

Jeg vil gerne understrege, at der er tale om udvikling af informationsværktøjer, som forhåbentlig kan styrke grundlaget for en diskussion

om, hvordan opgaverne løses bedst og med brug af færrest mulige ressourcer.

Der har i de senere år været megen debat om medicintilskuddene, og da udgifterne til medicin også er omtalt i den indgåede aftale mellem regeringen og Amtsrådsforeningen, tror jeg, der er behov for at knytte nogle kommentarer hertil.

Op gennem 1980'erne steg sygesikringens udgifter til medicintilskud voldsomt. Stigningen oversteg langt væksten i amtskommunernes øvrige udgifter. I 1988 måtte amtskommunerne konstatere en realvækst i medicinudgifterne på mere end 7 pct. Denne voldsomme vækst fandt sted på trods af amtskommunernes forsøg på at dæmpe udviklingen.

Siden 1983 har sygesikringens forhandlingsudvalg sammen med Praktiserende Lægers Organisation udgivet bladet PLI, Praktisk Lægemiddel Information. Dette blad giver i overskuelig form de praktiserende læger viden om de mest rationelle behandlingsprincipper og om priserne på ligeværdige præparater. Hertil kommer, at sygesikringens forhandlingsudvalg overenskomstmæssigt har aftalt med Praktiserende Lægers Organisation, at der oprettes lægemiddelkomiteer overalt i landet. Disse komiteer skal også sikre en rationel udnyttelse af de ressourcer, der anvendes til lægemidler.

Det er klart, at det bekymrede amtskommunerne, at de på trods af disse initiativer måtte konstatere en realvækst i medicinudgifterne i en tid, hvor man i øvrigt søgte at sikre nulvækst i amtskommunernes udgifter. Amtskommunerne ønskede på den baggrund i 1988 regeringens medvirken til at dæmpe stigningen i udgifterne. Det førte til 800 kr.-egenbetalingsgrænsen for medicintilskud efter sygesikringsloven, som blev indført som led i den stramme indkomstpolitik, og som havde til formål at dæmpe den kraftige stigning i sygesikringens udgifter til medicintilskud.

Som følge af ophævelsen af 800 kr.-grænsen fra 1. januar 1991 er det i aftalen mellem regeringen og Amtsrådsforeningen om den amtskommunale økonomi bestemt, at parterne i fællesskab gennemfører en analyse af udgifterne til medicintilskud med det formål at hindre en fremtidig vækst i udgifterne og at opnå en varig besparelse i samme størrelsesorden som den, der var aftalt vedrørende 800 kr.-grænsen. Analysearbejdet er ikke afsluttet på nuværende

[Sundhedsministeren]

tidspunkt, og jeg mener, at en nærmere debat om initiativer på medicinrådet bør afvente de overvejelser og konkrete forslag, embedsmandsgruppen fremkommer med.

Regeringen ser gerne en begrænsning af de offentlige udgifter til medicin gennemført ved ordninger, der sigter mod omlægning eller begrænsning af lægemiddelforbruget, og som ikke i almindelighed forøger patienternes udgifter til medicin. Medicintilskuddets størrelse er som bekendt fastsat i sygesikringsloven. Ændringer kræver derfor Folketingets medvirken.

De kommunale organisationer er blevet rost for de nylig indgåede aftaler med regeringen. Det synes jeg er meget berettiget. Aftalerne viser, at kommunalpolitikere selvfølger er villige til at tage medansvar for landets økonomiske udvikling. Det er meget positivt, da kommuner og amtskommuner varetager så store opgaveområder. Jeg vil blot minde om, at amter og kommuner bruger knap halvdelen – ca. 47 pct. – af de samlede offentlige udgifter.

Forhandling

Torben Lund (S):

Jeg skal takke ministeren for besvarelsen af forespørgslen og tilkendegive, at jeg gerne vil kommentere besvarelsen på et lidt senere tidspunkt i debatten.

Men jeg vil gerne først sige, at når vi kigger på de budgetforslag, som amtskommunerne og Københavns Kommune skal arbejde efter i 1991, så står det for os fuldstændig klart, at der uundgåeligt vil blive tale om forringelser af patientbehandlingen, af plejen på vores sygehuse – endda i betydeligt omfang. Man skal spare flere hundrede millioner kroner i 1991, og bare i Københavns Kommune skal man over en 3-årig periode finde 650 mio. kr. på sygehusvæsenet.

Det vil helt uundgåeligt medføre sygehusnedlæggelser, lukning af afdelinger, flere senge på gangene. Flere tusinde stillinger i vores sundhedsvæsen vil blive nedlagt – og det vel at mærke, hvis man forudsætter et uændret behandlingsbehov. Men vi ved jo, at det samlede behandlingsbehov tilmed vil stige år for år i de kommende år alene på grund af stigningen i antallet af ældre over 80 år.

Det er derfor, vi siger, at det er på høje tid, at der nu bliver bremsset op i indsnævringen af sy-

gehuskommunernes økonomiske rammer. Som et minimum bør regeringen derfor pålægges at sikre, at bevillingerne til sygehusvæsenet i 1991 ikke bliver beskåret i forhold til udgiftsniveauet i år. Og det indebærer, at der naturligvis må ske en tilsvarende udvidelse af de aftalte rammer for den kommunale økonomi.

På grund af det stigende behandlingsbehov, der vil være, vil selv et uændret bevillingsniveau stille store krav til en effektiv ressourceudnyttelse i sygehusvæsenet. Der skal derfor stadig arbejdes med bedre arbejdstilrettelæggelser, en bedre udnyttelse af kapaciteten på sygehusene. Man skal stadig væk arbejde med at sikre en hensigtsmæssig placering af specialerne – sådan som ministeren også var inde på det – et tæt samarbejde mellem sygehusene i den enkelte amtskommune og også meget gerne et tæt samarbejde over amtsgrænserne.

Det bliver også nødvendigt, at primærkommunerne i højere grad tager det alvorligt, at de må aflaste sygehusvæsenet, sådan at færdigbehandlede ældre ikke tvinges til at blive på sygehuset. Det må også være sådan, at kommunerne får udbygget deres kapacitet, sådan at man ikke er henvist til at sende senildemente mennesker til en sygeseng på et psykiatrisk hospital eller en psykiatrisk afdeling, men at borgere, der er ramt af disse lidelser, også kan tilbydes en egnet og anstændig bolig, først og fremmest naturligvis af hensyn til de ældre og de syge senildemente, men naturligvis også for at bruge sygehusressourcerne rigtigt.

De meget snævre økonomiske rammer, som sygehuskommunerne har haft i de senere år, har skabt nogle efter vores mening helt uacceptabelt lange ventetider for en række undersøgelser og behandlinger. Man behøver jo bare at kigge på den statistik, som nu halvårligt føres over nogle forholdsvis almindelige behandlinger på vores sygehuse – behandlinger som operation for grå stær og hofteoperation, knæoperation og hjerteoperationer, hvor vi jo ser månedlange ventelister. Ventetiden for operation for grå stær er på over 8 måneder i gennemsnit, for knæoperationer på over 9 måneder i gennemsnit, og selv for alvorlige hjerteoperationer er gennemsnittet 4 1/2 måned.

Man kan også prøve at gøre det op på en anden måde: Når vi ser på ventelisterne, kan vi se, at hver femte hjertepatient skal vente i mere end 1/2 år på at få operationen. Hver tredje,

[Torben Lund]

der skal have en hofteoperation, må vente mere end 9 måneder på at få denne operation. Og det samtidig med, at vi nu kan konstatere, at der har været et fald i operationsaktiviteten igennem 1989.

Ser vi på statens eget hospital, Rigshospitalet, som man skulle synes sundhedsministeren havde en særlig omsorg for, kan vi her konstatere en markant stigning i antallet af personer, som er på venteliste, således at Rigshospitalet nu på en lang række områder i virkeligheden er førende, hvad angår ventelister.

Den situation er efter vores mening helt uacceptabel for de tusinder af mennesker, det drejer sig om, som helt unødvendigt tvinges til at leve med en lidelse i mange måneder og for manges vedkommende helt op til et par år, bare fordi man ikke har sikret kapacitet til at behandle dem.

Så kan man jo spørge, om ikke det vil påføre sygehuskommunerne øgede udgifter at nedbringe ventetiderne. Jo, selvfølgelig vil det kræve nogle ressourcer for sygehuskommunerne at øge behandlingskapaciteten, så den pukkel af ventetid, der nu er blevet skabt, kan fjernes. Men hvis man prøver at opstille et mere reelt regnestykke, skal den merudgift naturligvis modregnes af de udgifter, som man i dag må afholde i ventetiden, udgifter til lægebesøg, til medicin, til hjemmehjælp, til hjemmesygepleje, til sygedagpenge, til kontanthjælp. Også det produktionsstab, folk har på grund af uarbejdsdygtighed i ventetiden, bør selvfølgelig medtages i det regnestykke, der må gøres op.

Når det tages med, er jeg helt sikker på, at en fjernelse af ventetiderne samfundsøkonomisk er en bragende god forretning. Det er altså alene et spørgsmål om at få fordelt ressourcerne derhen, hvor der er behov for dem.

Vi skal ikke, som sundhedsministeren for nylig udtalte det, blot vænne os til at leve med de lange ventetider.

Af hensyn til patienterne, men også af samfundsøkonomiske grunde bør regeringen af et flertal i dette Folketing pålægges at sikre, at ventetiderne markant kan blive nedbragt inden udgangen af 1991.

Men dertil kommer, at de lange ventetider har andre negative virkninger. Jeg tænker her specielt på, at de jo ganske klart har skabt god grobund for udbygningen af et privat hospitalsvæsen, som hviler på patientbetaling. Det er ik-

ke bare en idé, vi har fået i Socialdemokratiet. Også formanden for Lægeforeningen, en forening, som vel ikke kan påstås at være nogen socialdemokratisk interesseorganisation, bekræfter så sent som i dagens aviser, at hvis man forværrer økonomien i den offentlige sygehussektor, så skaber man naturligvis grobund for flere private hospitaler. Og jeg deler fuldstændig hans opfattelse.

Jeg deler også hans opfattelse af, at en udbygning af det private hospitalsvæsen vil skabe et brud med det lighedsprincip, som ellers har kendetegnet vores sygehusvæsen. Jeg synes, der hviler er meget tungt ansvar på de folketingspolitikere og de sygehuspolitikere, som ved deres passivitet over for ventetiderne bidrager til at ødelægge det offentlige sygehusvæsen.

Til sidst et par ord om medicinområdet. Det lykkedes som bekendt at få fjernet 800 kr.-reglen og andre forringelser af medicintilskuddene for ganske nylig. Jeg synes, det er meget foruroligende, at regeringen nu på ny planlægger besparelser i størrelsesordenen godt 1/2 mia. kr. på medicinområdet.

Vi afviser ikke, at der kan ske besparelser på medicinområdet. Vi har for længe siden foreslået, at man kunne bringe medicinpriserne ned ved at gennemføre en offentlig prisgodkendelsesordning på medicin. Det ville hjælpe både på det offentliges udgifter og på patienternes udgifter.

Der kan også spares medicin på mange andre måder – også som ministeren var inde på – gennem lægemiddelkomiteer, gennem de medicinværksteder, som er etableret mange steder, hvor man får skabt en mere prisbevidst ordination, måske også får skabt et miljø med færre ordinationer hos de praktiserende læger end det, vi ser i dag.

Det har vi ikke noget imod. Det synes vi er gode besparelser at foretage på de offentlige udgifter. Til gengæld vil vi afvise enhver besparelse, som vil forøge den enkelte patients udgift til køb af medicin. Vi vil med andre ord ikke acceptere, at medicintilskuddene på ny forringes. De er i forvejen de dårligste i hele EF-området.

På vegne af Socialdemokratiet skal jeg derfor fremsætte følgende:

Forslag om motiveret dagsorden.

»Folketinget pålægger regeringen at sikre, – at bevillingerne til det offentlige sygehusvæsen ikke forringes i 1991 i forhold til 1990,

[Torben Lund]

- at der afsættes de nødvendige ressourcer til en væsentlig nedbringelse af ventetider på sygebehandling i det offentlige sygehussvæsen inden udgangen af 1991, og
 - at eventuelle besparelser på medicinområdet ikke forøger den enkelte patients udgifter til køb af medicin.
- Folketinget går herefter over til næste sag på dagsordenen.«
- (Dagsordensforslag nr. D 42).

Formanden:

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Dette forslag indgår nu i forhandlingene.

(Kort bemærkning).

Kirsten Lee (RV):

Jeg vil gerne have lov til at stille hr. Torben Lund to spørgsmål.

Hr. Torben Lund var i sin ordførertale inde på, at der bliver tale om forringelser i sygehussektoren. Ja, han sagde endda, at den aftale, der er indgået mellem amter og kommuner og staten – en frivillig aftale – bevirker, at det offentlige sundhedsvæsen ødelægges. Så stærke ord brugte hr. Torben Lund. Så er det, jeg gerne vil spørge, om hr. Torben Lund virkelig mener, at fremtrædende Socialdemokrater som Per Kaa-lund, som Thorkild Simonsen, som Jens Kramer Mikkelsen, som har været med til at indgå denne frivillige aftale med regeringen, er så uansvarlige, at de overhovedet vil medvirke til noget, som kunne ødelægge det offentlige sundhedsvæsen.

Det andet spørgsmål, jeg vil stille hr. Torben Lund, har at gøre med, at hr. Torben Lund var inde på, at der er alvorlige hjerteoperationer, som folk må vente i mange måneder på at få foretaget, f.eks. de såkaldte bypassoperationer. Jeg har forstået, at hr. Torben Lund går varmt ind for, at Skejby Sygehus også kommer til at transplantere, men vi har fået oplyst, at på Skejby Sygehus har man faktisk ikke levet op til de fastsatte mængder af bypassoperationer på mange hundrede, som kunne udføres i stedet for de tidkrævende og ressourcekrævende hjertetransplantationer. Hvorfor skulle vi ikke tage og prioritere ressourcerne, hr. Torben Lund, og så lade Rigshospitalet klare transplantationerne og lade Skejby Sygehus sikre, at disse lange ventetider for hundredvis af patienter med alvorlige lidelser nedsættes?

Er det virkelig hr. Torben Lunds mening, og er det i det hele taget den socialdemokratiske gruppes mening, at Skejby Sygehus også skal transplantere, for vi får jo nogle modstridende oplysninger i pressen?

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg vil gerne først sige til dette med Skejby Sygehus, at jeg godt har bemærket, at man er bagefter med hjerteoperationer på Skejby Sygehus. Det forstår jeg også at man er ved at reparere på, således at man kan komme mere ajour med de hjerteoperationer, man skal udføre på Skejby Sygehus. Men hvis man sammenholder det med Rigshospitalet og den udvikling, der har været i ventetiderne dér, så tror jeg ikke, det er noget argument for i hvert fald at lægge eventuelle transplantationer alene på Rigshospitalet.

Der er ikke i den socialdemokratiske gruppe truffet nogen endelig beslutning om, hvor vi mener at transplantationerne skal være, men jeg har som min klare opfattelse givet udtryk for, at jeg mener, at transplantationerne bør placeres de to steder, sådan at man kan udnytte den samlede ekspertise på de to steder til gavn for de patienter, der har brug for at få transplantationerne.

Jeg skal gerne uddybe det nærmere, men jeg har ikke lang tid her i de korte bemærkninger.

Så vil jeg gerne sige til fru Kirsten Lees andet spørgsmål, at jeg hverken tror, at Kommunernes Landsforenings ledelse eller Amdsrådsforeningens ledelse er uansvarlig. Jeg må måske lige indskyde den fodnote, at mig bekendt har indenrigsministeren ikke givet Jens Kramer Mikkelsen anledning til at lave nogen aftale med staten, men lad det nu være.

Så til Amdsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening: Jeg tror bestemt ikke, at de er uansvarlige. Jeg har også set, hvad det var for et udgangspunkt, Amdsrådsforeningen kom med til indenrigsministeren og til regeringen. Det var netop, at man skulle opretholde det nuværende bevillingsniveau i 1991. Men regeringen sagde jo nej til, at man kunne opretholde det bevillingsniveau. Det ville man jo ikke være med til.

Hvad gør Amdsrådsforeningens folk så? Ja, de må jo vurdere. Hvad kan vi få ved at lave en aftale med regeringen? Vi ved, at regeringen er

[Torben Lund]

syg for at lave en aftale med de kommunale organisationer. Hvad skal vi så acceptere i sådan en aftale? Hvad udsætter vi os for, hvis vi ikke laver en aftale med regeringen om disse forhold? Ja, man udsætter sig selvfølgelig for det mandatflertal af borgerlig substans, som man kan se her i Folketinget.

Nej, de er ikke dumme, de, der sidder som ledere af Kommunernes Landsforening. Man kan ikke sige, at de har handlet uansvarligt, men de har ikke haft andre muligheder end at indgå den aftale, de gjorde.

Formanden:

Efter indbyrdes aftale mellem ordførerne ændrer jeg lidt på rækkefølgen og giver ordet til fru Inger Stilling Pedersen.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg vil starte med at takke de øvrige ordførere, fordi jeg måtte komme til allerede nu, og jeg kan sikkert gøre det meget kort, for jeg synes, vi har haft virkelig mange sundhedsdebatter. Vi har haft debatter om medicin. Vi har fået afskaffet 800 kr.-reglen; det havde vi en debat om. Vi har for nylig haft en sundhedsdebat, og så skal vi altså have en til nu.

Jeg kan straks sige, at jeg ikke kan støtte den socialdemokratiske dagsorden, for jeg tror ikke på, at det er ressourcer alene, der gør det. Man kan jo overføre alt det, man vil, af ressourcer til sundhedsvæsenet uden at få noget for det. Jeg synes, at de tal, sundhedsministeren kom med, viser, at vi kan få større effektivitet for mange af de penge, vi giver ud. Det er den vej, vi skal gå.

Med hensyn til amterne mener jeg, at det er meget vigtigt, at vi pålægger amterne at samarbejde indbyrdes. Hvis de ikke kan finde ud af det, så har de faktisk ingen berettigelse. Det gælder både sundhedsvæsenet, trafik og meget andet.

Vi mener også, det er vigtigt, at vi siger til dem, at den enkelte borger skal have den optimale behandling på det specialsygehus, eller hvor det nu er, man kan give den behandling, patienten har brug for. Det må ikke være afhængigt af amtet, om man får den rigtige behandling.

Vi mener med hensyn til medicinområdet, at vi nu har fået en god orden, og vi håber, at den kan fortsætte. Der kan selvfølgelig ske mindre prisstigninger på nogle af områderne, men

vi mener ikke, at vi igen skal over på brugerbetaling.

Vi vil følge sundhedsområdet meget nøje, og leves der ikke op til de forventninger, man har til kommuner og amter, bliver det Folketingets opgave at sørge for at gribe ind, hvis det er nødvendigt.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Må jeg forstå fru Inger Stilling Pedersens sidste bemærkninger vedrørende medicinområdet på den måde, at fru Inger Stilling Pedersen ikke mener, at der kan gennemføres besparelser på medicinområdet, som vil øge den enkelte patients udgifter til medicin?

(Kort bemærkning).

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Jeg mener ikke, man kan sige det så bombastisk, for det kunne jo være, at det ville være en fordel at lade nogle grupper, der har meget store udgifter, slippe noget billigere. Det kunne godt være, at jeg så skulle give 5 kr. mere for noget; det vil vi ikke udelukke. Men det bliver i den størrelsesorden.

Vi har hele tiden sagt fra Kristeligt Folkepartis side, at der er gigtpatienter, der er hjertepatienter, der er allergikere og mange andre, der har voldsomt store udgifter, og dem vil vi gerne være med til at nedbringe. Derfor mener vi, at man skal være åben over for, at der kan være enkelte præparater, som man måske bruger én gang i sit liv eller næsten aldrig, hvor det ikke betyder noget, om de er 1 kr. eller 2 dyrere. Men princippet er, at der ikke må lægges ekstra afgifter på medicin.

Karen Højte Jensen (KF):

Den socialdemokratiske folketingsgruppe er utilfreds med, at Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen har indgået rammeaftaler med regeringen om de kommende års kommunale og amtskommunale økonomi. Dagens forespørgsel er jo en klar demonstration af den socialdemokratiske utilfredshed. Det er forbløffende at iagttage, at Socialdemokratiet ikke tager indgåede aftaler til efterretning.

I modsætning til den socialdemokratiske gruppe vil jeg gerne understrege, at vi i den konservative folketingsgruppe betragter det

[Karen Højte Jensen]

som overordentlig positivt, at disse aftaler er indgået. Vi anerkender de kommunale parterers realitetssans med hensyn til de samfundsøkonomiske muligheder og deres ansvarlighed over for samfundsøkonomien som helhed.

Det ville være frugtbart, om Socialdemokraterne i Folketinget i samme grad som deres partifæller ude omkring var i besiddelse af en lignende realisme. Men sådan er det altså ikke, tværtimod.

Vi har netop hørt hr. Torben Lund fremstille de kommunale organisationer og deres forhandlere som yderst uansvarlige, når han tegner skræmmebillede af konsekvenserne af aftalerne. Det er gribende at høre hr. Torben Lund fremføre, at disse fremtrædende kommunalpolitikere og amtspolitikere har været udsat for pres. Men trods alt er det betryggende, at hr. Torben Lund kan sige, at de dog ikke er dumme, de, der sidder som ledere af Amtsrådsforeningen og KL. Jo, noget positivt er der dog.

Vi Konservative lægger vægt på, at aftalerne er frivillige, og vi lægger vægt på, at det er rammeaftaler. Vi har nemlig intet ønske om, at vi fra centralt hold skal detailstyre kommunernes og amtskommunernes gøren og laden; det overlader vi trykt til de lokale politikere. De kan prioritere inden for de økonomiske rammer. I øvrigt er det også dem, der bedst kender de lokale behov og muligheder. De er tæt på borgerne.

Lad mig understrege, at det er væsentligt, at der i aftalerne ligger, at der skal være parallelitet mellem stat, kommuner og amtskommuner i de kommende års udgiftspolitik. Regeringen har samtidig forpligtet sig til en række initiativer med henblik på at støtte processen.

Jeg forstår på Socialdemokratiets dagsorden, at Socialdemokratiet har et ønske om, at det offentlige sundhedsvæsen skal styres og reguleres af Folketinget og regeringen ved at pålægge amtskommunerne bestemte opgaver og bestemte løsninger af disse. Som allerede nævnt er det ikke konservativ politik at detailstyre. Amtsrådene har den overvejende del af kompetencen på sundhedsområdet, og vi ved, at ikke blot borgerlige, men også socialdemokratiske amtspolitikere er aktivt engageret i både at yde en god service over for borgerne og at styre udgifterne inden for sundhedsvæsenet. Dette faktum lukker Socialdemokratiet øjensynlig øjnene for.

Det er ikke realistisk at udstede løfter om, at en større del af samfundskagen skal kanaliseres over i sundhedsvæsenet i de kommende år. Hvilke områder skulle for resten være den gavmilde yder? Der er tværtimod grund til at understrege, at sundhedsvæsenet, som i 1988 lagde beslag på ca. 37,5 mia. kr., ligesom den øvrige del af den offentlige sektor må tilpasses de økonomiske vilkår.

I 1980'erne er det lykkedes at styre sygehusvæsenet rimelig fornuftigt, når vi ser på de økonomiske rammer. Samtidig har det gennem øget produktivitet og effektivitet været muligt at behandle langt flere patienter. Det er tilfredsstillende. Mængden af sengedage er faldet, og den gennemsnitlige liggetid er reduceret betydeligt. Der er altså en positiv udvikling i gang, hvilket også kan ses på en stigning i de ambulante behandlinger.

Der er således en forbedret ressourceudnyttelse, hvilket dog næppe er ensbetydende med, at alle ressourcer udnyttes optimalt. For at nå dette mål er der fortsat behov for stram styring og omstilling. Det er afgørende, at borgerne får den bedst mulige service for de til enhver tid til rådighed stående økonomiske midler.

En løbende omstilling i takt med den lægevidenskabelige teknologiske udvikling må sikre, at flere og flere behandlinger overføres til primærsektoren, det vil bl.a. sige til alment praktiserende læger og til privat praktiserende speciallæger. Derudover kan en række behandlinger overføres til ambulante behandling på sygehuse. Sygehuse må have frigjort ressourcer, så man vil være i stand til at varetage mere specialiserede og avancerede opgaver.

En forbedret planlægning i sundhedsvæsenet som helhed og i sygehusvæsenet i særdeleshed og bedre samarbejde og koordinering sygehuse og privatpraktiserende speciallæger imellem vil også betyde kortere ventetider til behandling for patienterne. Der er desuden behov for et udvidet samarbejde amter og kommuner imellem.

Selv om amterne faktisk allerede har reduceret ventetiderne, er netop en reduktion af ventetider den mest påtrængende opgave, vi har foran os. Der er helt forståeligt i befolkningen en forventning om, at nødvendige operationer kan klares også inden for en snæver tidshorisont, og for de implicerede patienter er lange ventetider naturligvis uacceptable.

[Karen Højte Jensen]

Men for ikke at give det indtryk, at alle patienter venter og venter på indlæggelse, vil jeg gerne, som sundhedsministeren har gjort det, påpege, at i forhold til den samlede aktivitet i sygehusvæsenet er det på få behandlingsområder, der er problemer. Vi mener, at det er afgørende, at regeringen i samarbejde med Amtsrådsforeningen og sygehuskommunerne arbejder for en tilfredsstillende løsning af problemet. Også en opblødning af de alt for stive amtsgrænser med henblik på bedre samarbejde om og koordinering af behandlingskapaciteten vil kunne imødekomme mange patienters ønsker og behov.

Men vi bør ikke lukke øjnene for den kendsgerning, at når de medicinske og teknologiske muligheder stiger, stiger også behovet for behandlinger, og når amtskommunerne øger kapaciteten på et behandlingsområde, er erfaringen den, at der henvises endnu flere patienter, men på et tidligere sygdomsstadium.

Amterne oplever i disse år stigende udgifter til medicintilskud. Det er baggrunden for, at der mellem regeringen og Amtsrådsforeningen er aftalt, at der skal gennemføres en analyse af udgifterne til medicintilskud med det formål at hindre fremtidig realvækst i de offentlige udgifter til medicintilskud samt at opnå en varig besparelse for amtskommunerne. Vi vil med interesse afvente denne analyse og efterfølgende vurdere, hvilke initiativer der måtte blive nødvendige.

Jeg vil gerne sige om Socialdemokratiets dagsorden, at den viser jo, at Socialdemokratiet fortsat lever efter devisen, at jo flere offentlige midler der bruges, jo bedre service får borgerne. Kvaliteten kan ikke måles på ressourceforbruget alene. Det er, hvad jeg vil kalde en gammeldags stivnet metode. Har Socialdemokratiet slet ikke opdaget, at der faktisk er en positiv omstilling og modernisering i gang i hele sundhedssektoren med henblik på at give borgerne en forbedret service? Tilsyneladende lukker man øjnene for de muligheder, der ligger i at flytte opgaver fra sygehusvæsenet til primærsektoren. Tværtimod vil Socialdemokratiet med sin dagsorden cementere sygehusvæsenet. Alt skal være, som det var, og blive, som det er. Altså ingen nytænkning.

Så vil jeg godt spørge Socialdemokratiet: Hvor mange millioner er det egentlig, man i dag udlodder? Kunne Socialdemokratiet løfte

blot en flig af sløret for, hvor meget de offentlige udgifter skal udvides med?

Jeg vil gerne til slut sige, at selv om der til stadighed vil være behov for tilpasning og udvikling i sundhedsvæsenet, er det jo heldigvis sådan, at sundhedsvæsenet grundlæggende fungerer godt og på højt fagligt niveau med engagement hos sit personale og et dygtigt personale.

Jeg vil gerne udtrykke konservativ tillid til, at kommuner og amter, som har hovedansvaret for sundhedspolitikken, kan leve op til på tilfredsstillende måde at imødekomme befolkningens forventninger om at få god service og kvalitet, om information og tryghed.

Jeg skal på vegne af Det Konservative Folkeparti, Venstre, Det Radikale Venstre og Fremskridtspartiet fremsætte følgende:

Forslag om motiveret dagsorden.

»Folketinget pålægger sundhedsministeren i samarbejde med Amtsrådsforeningen og sygehuskommunerne at arbejde for

- at der i 1991 sker en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne, bl.a. ved øget inddragelse af private speciallæger,
- at tage initiativer til en snarlig opblødning af adgangen til patientbehandling på tværs af amtsgrænserne,
- at der på lægemiddelområdet sigtes mod omlægning eller begrænsning af forbruget, som ikke i almindelighed forøger patienternes udgifter til medicin,
- en generel effektivisering af sundhedssektoren med henblik på at sikre patienterne den bedst mulige behandling.

Tinget går herefter over til næste sag på dagsordenen.«

(Dagsordensforslag nr. D 43).

Formanden:

Der er nu fremsat følgende forslag om motiveret dagsorden: (se ovenfor). Dette forslag indgår ligeledes i forhandlingen.

(Kort bemærkning).

Hjortnæs (S):

Fru Karen Højte Jensen kom med en interessant udtalelse. Fru Karen Højte Jensen kunne ikke forstå, at Socialdemokratiet ikke bare tager den aftale til efterretning, som regeringen har indgået med de kommunale organisationer.

[Hjortnæs]

Nu falder det i tråd med en udtalelse, som økonomiministeren kom med forleden, da han offentliggjorde det enorme underskud, der er på statens budget. Da sagde økonomiministeren ikke, at nu vil regeringen gøre sig sine overvejelser, lægge sine forslag frem og forhandle dem med Folketingets partier. Nej, økonomiministeren sagde: Nu vil vi tage kontakt med kommunerne og med arbejdsmarkedets parter, og derefter vil vi tage stilling til, hvad vi skal gøre.

Det er jo en interessant nyudvikling rent parlamentarisk, og derfor vil jeg gerne spørge fru Karen Højte Jensen: Hvor langt skal det strække sig? Skal regeringen nu gå videre i den retning og ikke lægge sine forslag frem, ikke henvende sig til Folketingets partier, men indgå aftaler med organisationerne? Gælder det også Danmarks Naturfredningsforening? Gælder det fiskerorganisationerne? Gælder det landbrugets organisationer? Kan vi sådan blive ved at sige, at man henvender sig uden for Folketinget og laver aftaler, og så skal Folketinget bare tage det til efterretning? Er det virkelig, hvad Det Konservative Folkepartis ordfører mener om dansk parlamentarisme? Hvad er det for en rolle, fru Karen Højte Jensen har tiltænkt Folketinget i fremtiden?

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Det, der bringer mig herop, er to bemærkninger fra fru Karen Højte Jensen og et par afklarende spørgsmål til den dagsorden, der er foreslået af fru Karen Højte Jensen.

For det første gjorde fru Karen Højte Jensen meget ud af, at Socialdemokratiet nu ville detailstyre sundhedsvæsenet gennem vores dagsorden. Jeg vil gerne sige, at jeg er ganske sikker på, at Amtrådsforeningen opfatter den styring, den er underlagt gennem den aftale, der er indgået med regeringen, som betydelig mere snærende end den styring, der kunne ligge i en vedtagelse af Socialdemokratiets dagsorden her i dag.

Og fru Karen Højte Jensens anden påstand om Socialdemokratiet var, at vi bare ville have flere offentlige midler, det var en forfærdelig gammeldags, stivnet måde at tænke på, og det er jo ikke sikkert, man får noget ud af flere midler.

Jeg vil gerne spørge fru Karen Højte Jensen fuldstændig konkret: Mener fru Karen Højte Jensen virkelig, at man kan nedbringe ventetiderne på behandling på sygehusene, uden at man afsætter nogle ressourcer til at øge behandlingskapaciteten?

Det får mig yderligere til at spørge med henblik på forståelse af det dagsordensforslag, der nu er fremsat: Hvad forstås ved en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne i 1991? Jeg synes, vi trænger til en afklaring af det udtryk.

Endelig vil jeg spørge til den pind, der vedrører lægemiddelområdet: Hvad forstås ved en omlægning eller begrænsning af forbruget, som ikke i almindelighed forøger patienternes udgifter til medicin?

Jeg tror for afklaringen af den videre debat, at det er meget vigtigt, vi får de spørgsmål besvaret.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Det er også fru Karen Højte Jensens dagsordensforslag, som bringer mig herop, og jeg vil godt uddybe de spørgsmål, som hr. Torben Lund stillede i relation til dagsordenen.

Dels vil vi gerne vide, hvordan regeringen forestiller sig en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne, hvis det skal være ved brug af private speciallæger. Kan det ske, uden at man udvider udgiftsrammen? Og hvis fru Karen Højte Jensen mener det, så vil vi godt have beskrevet, hvordan det skal foregå.

Så vil jeg også godt spørge, hvad regeringen eller måske sundhedsministeren mere præcist kan oplyse om metoderne, man har tænkt sig at tage i anvendelse for at begrænse medicinforbruget.

Og hvad mener man med en omlægning, som ikke i almindelighed forøger patienternes udgifter til medicin? Det er jo ikke noget præcist udtryk.

Endelig synes jeg også, at det er vigtigt at få afklaret, hvad regeringen eller sundhedsministeren mener, når man siger, at man vil arbejde for en generel effektivisering af sundhedssektoren med henblik på en forbedring af patienternes behandling. Hvordan skal den effektivisering forekomme, og hvad er det for ting, man tænker på at sætte i værk, som man ikke allerede har sat i værk?

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Jeg forstår såmænd godt, at hr. Hjortnæs ærgrer sig lidt over, at man har indgået disse aftaler; men det er jo i virkeligheden ikke et nyt begreb, at den siddende regering kan indgå aftaler med Kommunernes Landsforening og Amtsrådsforeningen.

Nu er det jo sådan, at vi har kommunalt selvstyre. Jeg husker da, at mens Socialdemokratiet – selv om det ligger noget tilbage – havde regeringsmagten, lagde man også vægt på, at man havde nogle aftaler med kommuner og amter. Jeg synes, det er ganske tilfredsstillende, at de kommunalpolitikere, som har ansvaret i amtskommuner og kommuner, tør tage et medansvar sammen med regeringen for den samlede økonomiske udvikling i samfundet.

Men der er måske den forskel på hr. Hjortnæs og mig, at jeg færdes meget i den kommunale verden, det er også en del af min dagligdag, og derfor har jeg nok et ganske andet syn på den ansvarlighed, som udvises af de lokale kommunalpolitikere. Det mener jeg er en grundlæggende forskel.

Hr. Torben Lund spurgte, om man kunne nedbringe ventetiderne uden at give øgede ressourcer. Jeg vil gerne påpege, at hvis hr. Torben Lund kigger få år tilbage i historien – de seneste år – så er det faktisk det, amtskommunerne har formået. Man har jo i betydelig grad nedbragt ventetiderne inden for den samme økonomiske ramme, og det er vi sikre på fortsat kan ske.

Fru Birgitte Husmark spurgte, om vi ville udvide udgiftsrammerne i forhold til, at man ifølge vort dagsordensforslag ville inddrage private speciallæger. Dér vil jeg igen henvise til, at en behandling hos en privatpraktiserende speciallæge jo netop letter presset på liggetid og giver mindre ressourceforbrug i sygehusvæsenet. Det drejer sig om at omprioritere og flytte opgaver.

(Kort bemærkning).

Hjortnæs (S):

Se, i modsætning til fru Karen Højte Jensen kan jeg altså huske, at i 1987 mødte regeringen også frem med nogle meget, meget stramme krav til kommunerne, og da sagde de: Dem kan vi ikke efterleve på en forsvarlig måde. Og der blev ingen aftale.

Så kom regeringen til Folketinget, og Folketingets flertal gennemførte en meget barsk politik over for kommunerne, som alle kommunale folk i hele landet, både Venstrefolk og Konservative, vendte sig meget klart og meget skarpt imod. Alligevel gennemførte man den aftale i Folketinget imod disse kommunale folks ønsker og interesser.

Belært af erfaringer fra dengang, fru Karen Højte Jensen, har kommunerne så med pistolen for brystet taget det, som de mente var det bedst opnåelige i den pågældende situation. Det er kendsgerningerne.

Men det var i øvrigt ikke det spørgsmål, jeg interesserede mig for. Det spørgsmål, jeg interesserede mig for, var, hvad der ligger i fru Karen Højte Jensens udtalelser om, at aftaler af den karakter bare skal tages til efterretning af Folketinget.

Jeg spurgte, hvad det er for en rolle, fru Karen Højte Jensen har tiltænkt Folketinget i forhold til organisationerne. For mig er det endda et meget væsentligt spørgsmål, et meget principielt spørgsmål, og fru Karen Højte Jensen kan ikke komme herop på talerstolen og bebrejde Socialdemokratiet, at vi ikke bare tager aftalen til efterretning, uden at give udtryk for, hvad der ligger af principielle overvejelser og grundige vurderinger i en sådan udtalelse.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Først et par bemærkninger om vores forhold til Amtsrådsforeningen, som jeg ikke kunne nå før. For at der ikke skal være nogen misforståelser, så har jeg ikke på noget tidspunkt her fra talerstolen talt om, at ledelsen i Kommunernes Landsforening eller i Amtsrådsforeningen har handlet uansvarligt ved at indgå aftalen, sådan som det er sket.

Tværtimod har jeg fremhævet, at det udgangspunkt, som Amtsrådsforeningens ledelse havde for forhandlingerne med regeringen, fuldstændig er på linje med det, der står i den socialdemokratiske dagsorden i dag. Så vi er fuldstændig enige med Amtsrådsforeningen i, hvad der skal til for at undgå forringelser af vores sundhedsvæsen.

Og så har fru Karen Højte Jensen nu et par gange fremhævet, at ventelisterne skulle være faldet for en lang række behandlinger. Det er jo ikke rigtigt. Hvis man ser på statistikken over

[Torben Lund]

ventelisterne, kan man tværtimod se, at der gennemgående har været en stigning i ventelisterne også siden 1. januar 1987, hvor den seneste statistik stammer fra.

Og under alle omstændigheder, uanset om der så er en stagnation i ventetiderne eller der ikke er en stagnation, så skal man i hvert fald være opmærksom på, at det gælder ventetider, som ligger på f.eks. 9½ måned i gennemsnitlig ventetid for at få en alvorlig knæoperation, 7½ måned i ventetid for at få en alvorlig hofteoperation osv. Det er da en helt uantagelig service at byde de mennesker, som er ramt af en pinefuld lidelse.

Jeg vil godt endnu en gang efterlyse, om fru Karen Højte Jensen af hensyn til den videre debat vil afklare, hvad der står i dagsordenen. Jeg efterlyser endnu en gang en fortolkning af udtrykket, at der i 1991 sker en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne. Og hvad forstås ved omlægning eller begrænsning af forbruget på lægemiddelområdet; forbrug, som ikke i almindelighed må forøge patienternes udgifter til medicin? Det er sort tale for mig.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Jeg vil også godt fortsætte diskussionen om den af fru Karen Højte Jensen foreslåede dagsorden, for jeg synes ikke, jeg fik noget særlig fyldestgørende svar på det, jeg spurgte om.

Jeg spurgte, om det var regeringens eller sundhedsministerens opfattelse, at det var nødvendigt at udvide udgiftsrammen, hvis man ville iværksætte en større aktivitet hos de privatpraktiserende speciallæger, hvortil fru Karen Højte Jensen svarede noget i retning af, at det var jo billigere at benytte privatpraktiserende speciallæger end at benytte operation på hospitalerne, og derfor var det ikke nødvendigt at udvide rammen.

Til det må jeg sige: Jamen hvis man udvider aktiviteten, hvis man foretager flere operationer, det være sig på hospitalerne eller hos privatpraktiserende speciallæger, som skal aflønnes efter akkordsystemet, nemlig pr. stk., så kan jeg ikke se anderledes, end at det vil koste flere penge.

Mit andet spørgsmål var, hvad regeringen eller sundhedsministeren kan oplyse om, hvilke metoder man har tænkt sig at tage i anvendelse for at begrænse medicinforbruget.

Og endelig spurgte jeg også om, hvad regeringen eller sundhedsministeren mener, når de siger, at de vil arbejde for en generel effektivisering af sundhedssektoren med henblik på en bedring af patienternes behandling. Hvad er det, der skal foregå?

Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Fru Karen Højte Jensen for en kort bemærkning, og så går vi tilbage til ordførerrækken.

(Kort bemærkning).

Karen Højte Jensen (KF):

Til hr. Torben Lund vil jeg godt sige om lægemiddelområdet, at regeringen nu har iværksat en analyse sammen med Amdsrådsforeningen, og det ville være særdeles underligt, hvis jeg nu havde en detaljeret løsning. Så behøvede vi jo overhovedet ikke analysen, og den mener vi er en forudsætning for at vurdere, hvordan vi kan spare udgifter.

Jeg forstod for så vidt også på Socialdemokratiets dagsorden, at man måske også var indstillet på, at der kunne ske besparelser. Det er ikke sikkert, vi, når vi når til snoren, vil være enige om metoderne, men sigtet i nogle besparelser er vi, så vidt jeg har forstået, enige om.

Jeg vil godt spørge fru Birgitte Husmark, om hun ikke kan bekræfte, at ved at lægge behandlingerne hos privatpraktiserende speciallæger kan vi få flere operationer for de samme midler. Og det gælder jo altså ikke bare dem, der er på ventelister i dag, men man kan jo fortsat flytte ud, som man har gjort mange steder. Denne udflytning af opgaver kan fortsætte, så der bliver øgede ressourcer til rådighed i det privatpraktiserende område.

Og så kunne jeg jo sige til hr. Hjortnæs som en sidste bemærkning, som ræven sagde om rønnebærene: De er sure.

Birgitte Husmark (SF):

For måske at afslutte dialogen med fru Karen Højte Jensen mener jeg stadig væk, at hvis man udvider aktiviteten, sådan som det er nødvendigt at udvide aktiviteten for at nedbringe ventelisterne, er man nødt til at operere med en udvidet økonomisk ramme. Ellers snyder man sig selv og den danske befolkning.

Men i øvrigt vil jeg sige, at når vi diskuterer den offentlige sektor, så er det jo regeringens

[Birgitte Husmark]

fortsatte omkvæd, at den offentlige sektor er for stor, der skal skæres 10.000 stillinger om året, og det siger man stort set hver gang, en offentlig aktivitet er under debat.

Men hvornår er der nogen sinde kommet en målsætning fra regeringen med hensyn til, hvad den synes det er rimeligt at den offentlige sektor varetager? Vi så det i udkastet til ny sundhedslov, der var ikke antydning af målsætning. Her hjalp SF så regeringen, sådan at både ønsket om en bedre sammensætning i behandlingen og plejen af den enkelte patient og en bedre sammenhæng i tilrettelæggelsen og prioriteringen af det samlede sundhedsvæsen dog nu er nævnt som formål med lovforslaget.

Men kriterierne for en prioritering inden for sundhedsvæsenet er fortsat overladt til tilfældighederne eller rettere de til enhver tid herskende lægefaglige og amtskommunale styrkeforhold. Det er dybt utilfredsstillende for dem, der ønsker et godt og rationelt sygehusvæsen, og selvfølgelig bekvemt for en regering, der påberåber sig det lokale selvstyre, men som år for år strammer de økonomiske rammer.

Hvad bliver der af de referenceprogrammer, som Sundhedsstyrelsen bebudede for et år siden, og som sundhedsministeren nu omtaler igen? Hvad bliver der af de gode hensigter? Hvad har vi egentlig fået på bordet i det periodisk udkommende tidsskrift *Journal*? Jeg er enig med sundhedsministeren i, at det er en udmærket, glimrende idé at iværksætte referenceprogrammer. Netop ved at få åbenhed på tværs af afdelinger og på tværs af sygehuse med hensyn til indikationer for en given behandling og få lejlighed til at følge konsekvenserne af en given behandling op kan der komme sammenhæng i sygehusvæsenet på en anderledes måde, end der måske er nu.

Og hvad bliver der så gjort for at få den medicinske teknologivurdering bragt på skinner? Den medicinske teknologivurdering er også et uvurderligt redskab til at formindske fejlinvesteringer og, hvis man anlægger de rigtige kriterier, et nødvendigt redskab til at finde frem til både den billigste og den mest patientvenlige teknologi. Jeg spurgte den daværende sundhedsminister om hendes syn på behovet for medicinsk teknologivurdering – det var i oktober sidste år – og hun svarede:

»Det er væsentligt at opfatte medicinsk teknologivurdering som et værktøj, der medvirker

til, at de til enhver tid værende ressourcer anvendes bedst muligt.«

Jeg spurgte videre dengang i oktober, om ministeren havde planer om at genoprette et centralt organ for medicinsk teknologivurdering. Jeg fik her et svar, der oplyste, at det var Sundhedsstyrelsens hensigt at etablere en medicinsk teknologivurderingsfunktion omkring årsskiftet. Jeg er meget spændt på at høre den nuværende ministers svar på, hvad der er sket på dette område.

Og endnu et område, hvor sundhedsministeren kunne skride til handling, hvis sundhedsministeren vil, er med hensyn til overvågning af infektioner. På Statens Seruminstitut er der i 1988 udviklet et system, som er blevet afprøvet i en lang række lande på WHO's initiativ. Hvornår vil Sundhedsstyrelsen tage initiativ til, at disse erfaringer nyttiggøres?

Jeg kan læse i meddelelserne fra Statens Seruminstutts afdeling for sygehushygiejne fra 2. april i år, at Sundhedsstyrelsen påtænker at afholde et seminar, der »tilstræber at belyse værdien af registrering som led i det forebyggende sygehushygiejniske arbejde«. Så spørger jeg: Jamen hvad skal der til, for at man efterhånden går i gang? Alle er enige om den store forebyggende virkning, det har på den måde at lave opgørelser over hændelser, altså infektioner, der principielt bør undgås, men iværksættelse af sådan et overvågningsprogram vil måske sætte et for regeringen ubehageligt fokus på de nedskæringer, der er sket på sygehuse, først og fremmest med hensyn til rengøring og pleje, herunder sårpleje af patienterne. Hvis et sår skiftes for sjældent, stiger risikoen for infektion i uhyggelig grad. Hvis rengøringsstandarden falder, stiger infektionsrisikoen tilsvarende.

Og her kan jeg ikke lade være med at nævne regeringens ulyksalige privatiseringsplaner med hensyn til rengøringen på statens eget hospital, Rigshospitalet. I det seneste finanslovsforlig, som regeringen indgik med Fremskridtspartiet, blev det besluttet at privatisere væsentlige dele af den offentlige sektor, ikke fordi det er gennemanalyseret og fundet økonomisk fornuftigt, men af rent ideologiske grunde.

De hastigt opdukkende planer, der ofte skrotes igen, bidrager ikke til at holde arbejdsglæde og produktionslyst oppe. Og med hensyn til ideen om at udbyde dele af rengøringen vil jeg hævde, at netop på et så afgørende områ-

[Birgitte Husmark]

de som rengøringen på et hospital er det fatalt at rive det ud af den sammenhæng, som det har personalemæssigt med resten af hospitalet. Incitamentet for et privat rengøringsfirma, der kommer udefra, er ikke at indgå i et godt arbejdsfællesskab med hospitalets øvrige personale for at præstere et godt stykke arbejde til gavn for patienter og hospitalets renommé. Nej, incitamentet for de ansatte ved et privat firma er at få overstået deres opmålte område inden for den på sekund tilmålte tid. Der er ikke beregnet tid til kærtegn, de kærtegn, som kan være afgørende ikke alene for patienterne, men bestemt også for de ansatte for at kunne beholde arbejdsglæden.

Arbejdsministeren var inde på, hvilke andre sektorer der kunne bidrage til at nedbringe behovet for sygehusvæsenet, men desværre hørte jeg ikke arbejdsministeren nævne spørgsmålet om arbejdsmiljø og arbejdsmedicin. Det hørte ikke med i ministerens katalog over, hvor man behøvede en øget arbejdsindsats. Og dér kan jeg da nævne en undersøgelse fra Arbejdsmiljøfonden og Kræftens Bekæmpelse, hvor man netop har konstateret, at praktiserende læger i skandaløst ringe grad anmelder tilfælde af arbejdsmiljørelaterede sygdomme, nemlig i dette tilfælde lunge- og næseslimhindekræft. Der er behov for en øget indsats, og hvis man foretager den øgede indsats i tide, vil man også kunne nedbringe antallet af sygdomme.

Når jeg har brugt en del tid på de nævnte opgaver, er det for at understrege, at også regeringen har et ansvar for at opretholde og videreudvikle det danske sundhedsvæsen. Varetagelsen af dette ansvar er det ikke til at få øje på i de løbende og planløse standardforringelser, som med usvigelig sikkerhed rammer amter og kommuner som en konsekvens af regeringens budgettrammer.

Regeringen er også nødt til at se i øjnene, at vi mange steder har et sygehusvæsen, hvor apparaturet er nedslidt. Fravær af fungerende apparatur på grund af reparation hører til dagens uorden og bevirker unødigt ventetid for patienterne. Det er hverken brugervenligt eller rationelt; her er brug for stabile økonomiske rammer.

SF mener ikke, at der nødvendigvis på længere sigt er brug for udvidelser af hospitalssektoren, men en nedbringelse af ventelisterne og en kvalitetssikring af såvel apparatur som ar-

bejdsrutiner er afgørende vigtig, hvis befolkningen skal bevare tilliden til det danske sundhedsvæsen. Men det er måske slet ikke regeringens hensigt, at vi skal bevare tilliden til vort sundhedsvæsen.

Resultatet af de planløse nedskæringer er i hvert fald, at markedet for private betalingshospitalet vil vokse eksplosivt. Hvis der er en plan med regeringens konstante forringelser af hospitalsbehandlingen, må det vel være at underminere det solidariske system, vi indtil nu har haft, til fordel for indførelse af forsikringsordninger for dem, der kan betale, eller for dem, der kan få deres arbejdsplads til at tegne en sådan forsikring. Når vi på denne måde forlader retten til behandling, vil vi også på dette område have lettet vejen for en harmonisering med EF. Jeg spørger, som jeg gjorde i indledningen af mit indlæg: Hvad er regeringens mål med det danske sundhedsvæsen?

Til sidst skal jeg sige, at SF kan støtte den af Socialdemokratiet foreslåede dagsorden, der indebærer, som hr. Torben Lund også gjorde rede for, at man er nødt til at udvide den aftalte økonomiske ramme i forhold til det, regeringen og Amtsrådsforeningen har aftalt.

(Kort bemærkning).

Kirsten Lee (RV):

Det, der kalder mig herop, er fru Birgitte Husmarks bemærkninger, som faktisk nærmer sig det humoristiske. Jeg kan forstå, at fru Birgitte Husmark er meget optaget af hospitalsinfektioner, og det er da også et problem på nogle afdelinger. Dernæst hejser fru Birgitte Husmark det ideologiske flag med henblik på hospitalsrengøring, men jeg har lidt svært ved at finde ud af, hvorfor en privat rengøringsassistent nødvendigvis skulle være ringere end en offentligt ansat.

Det saglige belæg har jeg svært ved at finde, men jeg føler mig direkte opmuntret og virkelig underholdt, når fru Birgitte Husmark siger, at det private rengøringspersonale ikke har tid til at kærtegne patienterne. På disse afdelinger, hvor der ligger patienter med sårinfektioner, er der et meget stort behov for hygiejne, og jeg tror faktisk, at det meste hospitalspersonale meget vil have sig frabedt, at rengøringspersonalet, hvad enten det er privat eller offentligt ansat, går rundt og kærtegner patienterne. Der kræves professionel omsorg.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Jeg kan da kun beklage, at fru Kirsten Lee er nødt til at opfatte de bemærkninger, jeg gjorde, på en så dybt bogstavelig måde, at der nødvendigvis skal være tale om egentlig berøring. Der findes andre former for kærtegn, der findes andre måder at være venlig over for hinanden på, og de tager altså også en lille smule tid.

Jeg mener ikke, at rengøringspersonalet nødvendigvis behøver at have fysisk kontakt, som fru Kirsten Lee åbenbart forudsætter skulle ligge i mit indlæg.

Mølgaard Jensen (V):

Jeg vil starte med at takke for sundhedsministerens besvarelse. Der har ikke været så mange taksigelser fra hr. Torben Lunds eller fru Birgitte Husmarks side, men jeg synes, at sundhedsministeren dokumenterede, at der i realiteten faktisk foregår mange positive tiltag i sundhedssektoren, som ligger stjerneår fra den opfattelse, som hr. Torben Lund og fru Birgitte Husmark for få minutter siden redegjorde for.

Jeg vil generelt sige, at i alle livets forhold er det vigtigt at bevare overblikket og sansen for proportioner, men det kniber altså somme tider i velfærdsnationen Danmark. Hvis man udelukkende skulle basere sit syn på sygehusvæsenets standard og effektivitet på visse formiddagsaviser og visse politikeres udsagn, så det deprimerende ud i Danmark. Når man lytter til visse politikeres udsagn – også nogle af dem, vi har hørt for lidt siden – skulle man tro, at det var sygehusvæsenet i Uganda, Burma eller El Salvador, som blev omtalt, eller at det var det danske sygehusvæsen for en 3-4 generationer siden, vi diskuterede i dag.

Man kunne ønske, at flere politikere og organisationsfolk brugte den forestående pinse til at rejse til nogle af de andre EF-lande eller til nabolande, for slet ikke at tale om lande som Polen og Sovjet. Så kunne de måske holde igen med de mange negative og dramatiske udsagn og tillægsord, som er blevet anvendt i dag for at beskrive det danske sygehusvæsenets standard.

For at vende tilbage til udgangspunktet vil jeg fastholde, at Danmark har et enestående sygehusvæsen og en velfungerende sundhedssektor i bredere forstand. Danmark og i mindre udstrækning Sverige har som de eneste mere velstående lande i den vestlige verden formået

at øge effektiviteten markant op igennem 1980'erne, uden at det har medført merudgifter vel at mærke.

Udgifterne til det danske sundhedsvæsen har i 1980'erne udgjort en faldende andel af bruttonationalproduktet. Alligevel formår sundhedsvæsenet i kraft af bl.a. forbedret produktivitet, ny teknologi og effektivitet at behandle stadig flere patienter. Det er internationalt set en unik præstation af det danske sundhedsvæsen, som vi alle bør være tilfreds med.

Naturligvis er der mange forklaringer på denne udvikling, men jeg vil gerne fordybe mig i to forhold, som jeg mener har den største del af æren for den danske udvikling:

Det første forhold er den markante forbedring af fleksibiliteten i sundhedssektoren både på personalet og fra administrativt og politisk hold. Der er grund til her at rose hver enkelt af sundhedssektorens 108.000 ansatte for en flot daglig indsats. At der er belæg for ros til sundhedspersonalet i modsætning til det, vi har hørt tidligere i dag, dokumenterer mange meningsundersøgelser. Også den lægevidenskabelige og teknologiske udvikling, som f.eks. har muliggjort omlægning fra indlæggelse til ambulans kirurgi, kortere liggetid m.v., en ændret arbejdsdeling i sundhedssektoren med en kraftig udbygning af hjemmesygeplejen og prioriteringen af praktiserende læger har haft en overordentlig gunstig virkning på sektorens produktivitet og service.

Det andet centrale forhold, som jeg mener kan begrunde det danske sygehusvæsenets store effektivitet og flotte service, er, at ansvaret for styringen af sundhedsvæsenet i Danmark er stærkt decentraliseret i forhold til andre lande med et offentligt drevet sygehusvæsen. Navnlig har amterne vidtgående kompetence til uden centrale myndigheders indblanding at tilrettelægge sygehusbetjeningen efter regionale ønsker og muligheder. På grund af amternes store kompetence er det i Danmark muligt at gennemføre en planlægning af sundhedsvæsenets udvikling, der tager udgangspunkt i en regions behov for ydelser på forskelligt niveau. Også den almindeligt praktiserende læges stærke position i det danske system er enestående.

Der kan altså ikke herske tvivl om, at det centrale sundhedsvæsen med stærk amtskommunal kompetence har en stor del af æren for sygehusvæsenets og sundhedsvæsenets høje

[Mølgaard Jensen]

kvalitet på grund af de stabile ressourcetilførsler. Den faktiske udvikling har også dokumenteret en enestående kvalitet af amtskommunerne og dermed regionernes drift af sygehussvæsenet.

Derfor er det også glædeligt, at Amtrådsforeningen og KL i begyndelsen af maj 1990 har indgået aftale med regeringen om rammerne for de kommende års økonomiske udvikling. Med indgåelsen af denne aftale har de kommunale forhandlere givet et smukt bevis på samfundssind og ansvarlighed. Der går ikke skår af glæden ved igen at konstatere, at de to topforhandlere fra KL og fra Amtrådsforeningen mig bekendt begge er valgt for Socialdemokratiet. Tværtimod er glæden måske endnu større.

Amterne har ligesom kommunerne endnu en gang bevist deres hensyntagen til helheden og til samfundet. Derfor vil det mildest talt være inkonsekvent – ja, næsten tragikomisk – at starte en proces, som betyder, at Folketinget fratager amtskommunerne dispositionsret over sygehussvæsenet.

I Venstre undrede vi os, ligesom også tidligere talere har gjort, over, at Socialdemokratiets Christiansborgpolitikere åbenbart vil underminere amternes dispositionsret. Er det en ny socialdemokratisk politik på Christiansborg? Hvis Socialdemokratiet mener, at Folketinget både skal bestemme, hvor mange og til hvad amterne anvender skattekroneerne, hvad er der egentlig så tilbage til amtrådspolitikerne?

Der er altså ingen tvivl om, at det også i fremtiden vil være muligt at øge effektiviteten i sygehussvæsenet uden ekstra skatteudskrivninger. Det er naturligvis muligt at reducere både ventelister og ventetid uden markante ressourcetilførsler, og jeg vil nævne nogle eksempler:

Det er ingen hemmelighed, at der allerede er investeret millionbeløb i operationsstuer, som ikke udnyttes optimalt. Det er klart muligt at udnytte operationsstuerne bedre. Århus Amt har startet et forsøg med lørdagsoperationer, og Vejle Amt undersøger muligheden for at indføre edb-bookingsystemer for at optimere operationskapaciteten, og jeg tror, de fleste amter går med overvejelser i samme retning.

Der er også stærkt behov for færre og meget mere fleksible overenskomster. I dag findes der en jungle med 40-50 overenskomster, som bestemt ikke gør arbejdsgangene lettere på det enkelte sygehus. Også de nye ledelsesstrukturer

på mange sygehuse med forstandere, cheflede og direktører er et positivt skridt. Det næste kunne være uddelegering af budgetansvar til de enkelte sygehusafdelinger.

Jeg vil slutte med at sige, at udviklingen her i 1980'erne til fulde har dokumenteret, at nytænkning og øget produktivitet ikke nødvendigvis fordrer øgede udgifter med et ekstra tryk på skatteskruen. Snarere har udviklingen dokumenteret det modsatte. Derfor kan vi fra Venstres side tage klar afstand fra Socialdemokratiets dagsordensforslag. Vi tror ikke i modsætning til Socialdemokratiets løsningsforslag, at vejen frem er flere offentlige udgifter. Vi skal væk fra den stivnakkede måde at anskue fremtidens problemer på.

Pia Kjærsgaard (FP):

Et af Fremskridtspartiets grundsynspunkter er, at vi vil have den bedst mulige ramme for danskernes tilværelse. Ingen kan på forhånd vide, hvordan ens liv vil forløbe, og om man vil være så heldig, at man slipper for hjælp fra sundhedssektoren, heldigvis da.

Men der er altså årligt mange tusinde danskere, der får brug for sundhedsvæsenet, og dertil skal der bruges mange penge. At donere i et større og større omfang gør ikke nødvendigvis sundhedssektoren bedre.

Denne sektor skal som alle andre sektorer sørge for at begrænse det administrative og udnytte ressourcerne bedst muligt. At forebygge er langt bedre end at helbrede og dermed også bedre end at sygdomsbehandle, og debatten i dag er affødt af en aftale mellem regeringen, Kommunernes Landsforening og Amtrådsforeningen, en aftale, der ikke nødvendigvis i sin fulde udstrækning kan få tilslutning af et flertal herinde, og Fremskridtspartiet har som bekendt ikke tilsluttet sig den.

Vi ønsker dog ikke, at der blot postes nye millionbeløb i sundhedssektoren, så derfor må amterne finde besparelser andre steder end på sundhedsområdet. Det er helt klart muligt, og det er vist ingen hemmelighed, at sundhedssektoren oftest skal holde for som skræmmemiddel, når der tales om besparelser. Hvis regeringens aftale indebærer en ny forlængelse af ventelisterne, længere tid, før behandling kan komme i gang, og at unødige lidelser forlænges, siger Fremskridtspartiet fra.

[Pia Kjærsgaard]

Netop ventelisterne har igennem årene givet anledning til mange berettigede debatter, og problemet er stadig langtfra løst. I Århus lavede man i foråret en udvidelse af operationerne, så de også blev foretaget om lørdagen. Det var populært, hurtigt og effektivt og helt efter Fremskridtspartiets ønske, der går ud på en 24 timers åbning af operationsstuerne, så længe det er nødvendigt af hensyn til patienter på venteliste.

Jeg har hørt, at det succesrige forsøg senere er standset på grund af mangel på bevillinger. Det er for dårligt, hvis det virkelig forholder sig på den måde. Der er utrolig mange, blandt andre mindre, selvstændige erhvervsdrivende, der kunne udnytte den ordening.

Man sparer dagpenge, og alt i alt mener vi i Fremskridtspartiet, at det vil være billigere, hvis man også åbner operationsstuerne i weekenderne og også gerne om natten. Man kan spare andre steder i samfundet.

Vi står altså i et dilemma, som skal finde en løsning. Besparelsen er det, der ligger lige for, og selv om man i amterne siger noget andet, er der stadig steder, hvor der kan foretages besparelser. Miljøhysteriet, som pressen så gerne bakker op bag, er ét emne, administrationen i amterne er et andet, og hvis man helt skulle følge Fremskridtspartiets ønsker, nedlagde man de overflødige mellemlid, som amterne er.

Men så langt er Folketinget ikke nået endnu, fordi man mangler nytænkning på dette område. Der er mange politiske partier, der indimellem udtaler, at amterne har overlevet sig selv, og at de skal nedlægges, men desværre har Folketinget ikke fulgt de udtalelser op. Hvis amterne efter en seriøs sparerunde stadig mangler penge til sundhedssektoren, vil Fremskridtspartiet godt se positivt på de ekstrabevillinger, der kan blive tale om, men vi vil først se nogle reelle besparelser i amterne, for dem savner vi.

Sundhedsvæsenet har normalt en positiv klang i offentligheden, og enhver, der har været indlagt på et sygehus, vil nok kunne nikke bekræftende til den indsats, personalet yder. Det sker desværre også, at nogle hospitaler oplever strejker blandt personalet, og det er helt uhørt. Fremskridtspartiet ønsker det forbudt ved lov at strejke i sygehusvæsenet, og det forslag har vi ved tidligere lejligheder fremsat, men det fandt ikke tilslutning.

Det er klart, at ventelisterne i hvert fald ikke afskaffes, hvis personalet ikke arbejder. Det er klart, at det forlænger ventetiderne, og det er ganske uacceptabelt. Vores forslag er blevet behandlet et par gange her i folketingsalen, men vandt desværre ikke gehør.

Spørgsmålet om nedlæggelse af de små nære sygehuse er også blevet flittigt debatteret både herinde og derude, hvor nedlæggelserne rammer. Fremskridtspartiet er meget interesseret i bevarelsen af de små sygehuse, ikke blot af hensyn til patienterne, men også af hensyn til de pårørende og såmænd også til personalet. De små sygehuse er ofte billige i drift og har anderledes patientvenlige omgivelser, der ikke leder tanken hen på menneskefabrikker. Derudover viser det sig lige så ofte, at de er billigere i drift end menneskefabrikkerne og derfor burde bevares. Alligevel ser vi amtsbeslutninger, der virker som hul i hovedet, nemlig når man af sparehensyn – siger man – lukker vigtige afsnit og således amputerer et lille effektivt lokalt hospital. Det er endnu en begrundelse for at nedlægge amterne i stedet for, så kunne sundhedsministeren få hospitalsvæsenet ind under sit ministerium og dermed kalde det et ægte sundheds- og hospitalsministerium.

En af de glædelige nyskabelser herhjemme har været åbningen af private hospitaler, hvor ventelistepatienter er et ukendt begreb, og hvor offentlige ventelistepatienter kan få behandling og hjælp. Mange har allerede brugt sparepenge til nødvendig behandling og har droppet ferien eller udskiftningen af bilen. Det er et fint alternativ, og jeg skal understrege, at det er et alternativ til det offentlige sundhedsvæsen. Der er også mange amtsborgmestre, har jeg noteret, af vidt forskellig politisk observans, der er tilfreds med den ordening og udnytter den i deres amter.

Der findes også en lang række mindre opgaver, som burde lægges ud til praktiserende læger og speciallæger, hvis de kan klares på klinikken. Mange småskavanker kan ordnes billigere disse steder, og det kan være med til at nedbringe ventelisterne.

Så må vi ikke glemme, at mange hospitalsstuer er belagt med mennesker og ikke med egentlige patienter. Jeg tænker på gamle mennesker, der ikke er syge, men som skal på plejehjem eller under tilsyn i hjemmet. De har intet reelt at gøre på hospitalernes område, for de er ikke syge, de er bare blevet gamle.

[Pia Kjærsgaard]

Disse medborgere skal også i høj grad hjælpes, og i første omgang skal de hjælpes bort fra den triste hospitalstilværelse hurtigst muligt, så de kan tilbringe den sidste tid i trygge og gerne hjemlige omgivelser. Derved bliver hospitalernes kapacitet frigjort til det, et hospital er til, nemlig at tage sig af syge mennesker.

Sundhedsvæsenet har offentliggjort en statistik vedrørende ventetider på sygehusbehandling. Heraf fremgår det fortsat, at der er meget forskellige ventetider på vore hospitaler til nogle af de mere nemme operationer for sygdomme, som for den enkelte betyder en træls hverdag, men som for lægerne er meget nemme at overkomme. Amtsgrænserne blokerer bare for en udjævning af disse ventetider og skaber unødvendige ventetider, fordi de ikke kan administrere dem ordentligt.

Landshospitalet Rigshospitalet har således en ventetid på operationer for grå stær på over 1 år, medens man i Ribe kan nøjes med 1 måned.

Tilsvarende har Rigshospitalet nær ved 2 års ventetid på knæoperationer, medens operationen kan ske inden for 3 måneder i Århus. Det er tåbeligt, at vi har denne forskelsbehandling her i landet, blot fordi man fastholder nogle overflødige bureaukratiske amtsgrænser.

Vi er i dag medforslagsstillere til det fremsatte dagsordensforslag, da det tilgodeser nogle af vores sundhedssynspunkter, og vi vil naturligvis sørge for, at regeringen lever op til de stillede krav.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Da Fremskridtspartiet er medforslagsstillere til den fremsatte dagsorden, vil jeg godt spørge, hvordan fru Pia Kjærsgaard forestiller sig at man skal nedbringe ventelisterne inden for den gældende ramme. Hvad er det for nogle ting, som fru Pia Kjærsgaard helt præcis mener at man skal spare på, og som det vil kunne lade sig gøre at spare på nu, sådan at der kan overføres yderligere ressourcer til behandling hos speciallæger eller på hospitalsafdelinger?

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Det var unægtelig hul tale fra fru Pia Kjærsgaards side. I det ene øjeblik siger fru Pia

Kjærsgaard, at Fremskridtspartiet ikke respekterer den aftale, der er indgået mellem regeringen og Amtsrådsforeningen, og i næste øjeblik er man med i en dagsorden, der klart forudsætter, at aftalen mellem Amtsrådsforeningen og regeringen skal overholdes.

Jeg vil godt spørge fru Pia Kjærsgaard, hvordan fru Pia Kjærsgaard mener at man med den ramme, der er lagt i dagsordenen – altså ikke en uændret bevilling til sygehusvæsenet i 1991, men flere hundrede millioner kroners beskæring i forhold til 1990 – vil undgå nedlæggelser af sygehuse, lukning af afdelinger på hospitaler og forlængelse af ventetiderne? Der er naturligvis hverken hoved eller hale i det, der her er sagt, medmindre lovprisning af de private betalingshospitaler er indbygget i dagsordenen.

Skal dagsordenens punkt 1 om, at man hurtigere vil afvikle ventelisterne til hospitalerne, betyde, at man vil henvise afviklingen af ventelisterne til de private betalingshospitaler? Er det dem, der skal inddrages i sygehusplanlægningen for at nedbringe ventetiderne i det offentlige sygehusvæsen? Det synes jeg det kunne være interessant at høre om.

Så vil jeg endelig sige til fru Pia Kjærsgaards forargelse over, at ventetiderne specielt har været stigende på Rigshospitalet, at det har de takket være Fremskridtspartiets støtte til den finanslov, som er vedtaget år for år, og som år for år har beskåret mulighederne for udvikling på Rigshospitalet.

(Kort bemærkning).

Pia Kjærsgaard (FP):

Jeg synes ærlig talt, at det er nogle besynderlige spørgsmål, og at det ligesom er spørgsmål, man fra debattens start har skullet stille. Det gør man så. Det er også i orden, og jeg skal så svare på dem endnu en gang, selv om jeg egentlig synes, at fru Karen Højte Jensen gjorde, hvad hun kunne for at svare.

Jeg vil godt sige til fru Birgitte Husmark, at jeg også i min ordførertale har redegjort for, hvor jeg mener at der kan spares i amterne. Jeg mener bl.a., at der kan spares på miljøhysteriet, og at der kan spares på administrationen.

Så vil jeg sige til hr. Torben Lund, som kalder det hul tale: Der står ikke et ord om den aftale, som Socialdemokratiets kommunale folk har indgået sammen med regeringen, i dagsordensforslaget. Jeg kan i hvert fald ikke få øje på det

[Pia Kjærsgaard]

nogen steder. Der står ikke spor om udgifter eller noget som helst i det dagsordensforslag, som Fremskridtspartiet er medforslagsstiller til i dag, intet om den aftale. Jeg synes, at hr. Torben Lund startede med at sige, at han ikke ville gøre meget ud af den aftale, der er indgået mellem KL, Amtsrådsforeningen og regeringen, men nu lader det alligevel til, at hr. Torben Lund vil trække den med ind i dagsordensforslaget, og dér kan jeg altså absolut ikke få øje på den nogen som helst steder.

Så vil jeg også sige, at man godt for min skyld må kalde det en lovprisning af de private hospitaler. Jeg har bemærket – nu nævnte jeg ikke nogen politiske farver i min ordførertale – at der er nogle socialdemokratiske amtsborgmestre, som også lovpriser de private hospitaler i deres amter. Jeg understregede også, at vi gerne i Fremskridtspartiet ser private hospitaler, men udelukkende som et alternativ til de offentlige hospitaler. Det gør ikke spor, at der kommer konkurrence også på det område. Det offentlige sygehusvæsen er også gået i forfald, fordi der ikke har været konkurrence på området. Nu opper man sig. Det har man bl.a. kunnet se i Århus Kommune, hvor man har åbnet om lørdagen for nogle operationer, og det er helt klart, fordi der samtidig er åbnet et privathospital i området.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg efterlyser stadig væk svar på spørgsmålet om, hvordan fru Pia Kjærsgaard vil undgå nedlæggelse af sygehuse og af afdelinger på forskellige sygehuse med den ramme, der ligger for dagsordenen. Jeg må sige, at man skal have lyttet meget dårligt til sundhedsministerens besvarelse af forespørgslen, fru Karen Højte Jensens indlæg i dag, korte bemærkninger fra fru Kirsten Lee og indlægget fra hr. Mølgaard Jensen, hvis ikke man forstår det sådan, at det, der er indbygget i denne aftale, også er en respekt for den ramme, der er lagt i aftalen mellem Amtsrådsforeningen og staten. Jeg synes, man skal have hørt meget mærkeligt og meget dårligt efter, hvis ikke man har fået det indtryk, at det naturligtvis er den ramme, der opereres inden for. Men jeg kan forstå, at heller ikke på det punkt er der overensstemmelse mellem dagsordenens forslagsstillere.

(Kort bemærkning).

Aage Brusgaard (FP):

Det var lige til hr. Torben Lund, der sagde i sin ordførertale og nu gentog, at de budgetter, amtskommunerne arbejder efter, nødvendigvis betød nedlæggelse af sygehuse i de næste år. Det er også korrekt, og næsten alle amter projekterer med det, men det er på grund af mange andre ting, også fejlposteringer i amterne. Det er også på grund af f.eks. overenskomsten med Yngre Læger i 1981, hvor vi havde en socialdemokratisk regering. Den alene betød nye stillinger på vores sygehuse til en merudgift på 247,6 mio. kr. årligt. De skal altså findes andre steder. Hver eneste gang vi tager et nyt initiativ, der koster penge, skal pengene altså findes andre steder, og det har Socialdemokratiet glemt i mange år.

Endnu en ting er arbejdstidsforkortelsen fra de 40 timer til 37½ time nu, og det bliver yderligere sat ½ time ned til oktober. Når den sidste halve time træder i kraft, skal der ske yderligere reduktioner både på vores plejehjem, på vores sygehuse og alle andre steder i vores kommuner og amter. Det synes jeg lige Socialdemokratiet og fagforeningerne burde tænke lidt på, når de står op i valgkamp og råber: Kortere arbejdstid! Kortere arbejdstid! Det kræver altså, at pengene skal findes andre steder, og det går ud over vores ældre og vores svage og over vores sygehuse. Der er kun ét sted at tage fra, og det er dér.

Altså, kære Socialdemokrater: Tænk, hver gang I stiller krav, at det går ud over de ældre og over vores sygehuse, og lad så være med at stille disse urimelige og urealistiske krav!

(Kort bemærkning).

Pia Kjærsgaard (FP):

Jeg skal bare sige til hr. Torben Lund: Jeg forholder mig ikke til hverken sundhedsministerens besvarelse eller fru Karen Højte Jensens, hr. Mølgaard Jensens eller fru Kirsten Lees, jeg forholder mig udelukkende til det dagsordensforslag, som vi skal stemme om om lidt.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg vil gerne sige til fru Pia Kjærsgaard, at det er netop en udtalelse af den art, der gør, at

[Torben Lund]

det hele er så hult, for der er ikke nogen, der aner, hvad der står i den dagsorden. Vi har her gang på gang forsøgt at få fortolket, hvad man forstår ved en hurtig afvikling.

Afvikling, det er et stærkt ord. Det betyder faktisk, at det skal væk. En hurtig afvikling af ventelisterne i 1991, skal det forstås helt bogstaveligt, at man tidligt i 1991 vil sørge for, at ventelisterne er totalt afviklet? Skal det forstås bogstaveligt? Det har vi ikke kunnet få noget svar på. Vi har været oppe og spørge flere gange. Vi har også spurgt fru Pia Kjærsgaard. Vi får bare at vide, at vi er dumme, og at vi vil bruge penge.

Så vil jeg gerne sige til hr. Aage Brusgaard om det med finansieringen, at jeg tror ikke, det lige er i disse dage, man skal skose Socialdemokratiet som et parti, der absolut vil hælde penge ud til det ene og det andet. Her til morgen har hr. Aage Brusgaards parti og regeringspartierne givet en tillidserklæring til landets skatteminister, den samme skatteminister, som hældte 1,5 mia. kr. ud af statskassen i sagen om kantinefradragene. Bare det halve af den 1,5 mia. kr. kunne have forhindret, at vi overhovedet havde haft denne her debat i dag – bare det halve, hr. Aage Brusgaard. Så lad være med at tale om de syge og de ældre osv. Dem går det nemlig hårdt ud over, når man hælder penge ud på den måde, som hr. Aage Brusgaard gerne vil, når det drejer sig om skattelovgivning.

Kirsten Lee (RV):

Det er Det Radikale Venstres opfattelse, at vi har et velfungerende sundhedsvæsen, og at vi fortsat skal have det. Vi er faktisk enige med Socialdemokratiet i, at det danske sundhedsvæsen naturligvis skal videreudvikles, men det skal ske i takt med samfundets økonomiske muligheder i øvrigt. Og da der er bred enighed om herinde, at både skattetrykket og de offentlige udgifter skal holdes i ro, kan udviklingen af sundhedsvæsenet kun ske under de betingelser.

Vi har sådan set også forstået, at det var Socialdemokratiets politik, at både skattetryk og de offentlige udgifter skulle holdes i ro, men det kniber meget med at leve op til den målsætning, når den skal udmøntes konkret.

Nu har amter og kommuner indgået en aftale med regeringen om, at den amtslige og kommunale udgiftspolitik skal sikre, at både skatter og afgifter holdes i ro i amter og kommuner, og skulle der komme et kommunalt overskud, skal

det omsættes i skattelettelser. Men ufinansierede skattelettelser bliver der ikke tale om.

Nu ønsker Socialdemokratiet, at den aftale, der er indgået, skal erklæres ugyldig. Dels underkender Socialdemokratiet fremtrædende Socialdemokrater i amter og kommuner, dels blander Socialdemokratiet sig i det lokale selvstyre. Og det er jo det lokale selvstyre, som hr. Torben Lund i sit indlæg gjorde meget ud af at fremhæve som en af årsagerne til det velfungerende sundhedsvæsen.

Hr. Svend Auken's udtalelser til pressen om, at den indgåede aftale skulle slå vort udmærkede sundhedsvæsen i stykker, finder vi heller ikke troværdig. Skulle en besparelse på 1,3 pct. på et budget på næsten 40 mia. kr. overhovedet kunne slå noget som helst i stykker? Naturligvis kan det ikke det. Det er der ingen her i Folketinget der vil acceptere og selvfølgelig heller ikke i amterne og kommunerne.

Vi synes, det ville være mere konstruktivt, hvis vi i stedet kunne samles om nogle overordnede sundhedspolitiske mål. Hvad det angår, har det altid været Det Radikale Venstres mål at øge den forebyggende indsats, og jeg er da glad for at høre, at fru Pia Kjærsgaard også støtter den tanke. Men vi har ingen illusioner om, at det skulle være gratis.

Der skal naturligvis afsættes midler, og først på sigt vil der være penge at spare i sygehussektoren, men vi opnår samtidig en langt bedre livskvalitet for mange mennesker.

Pengene til en øget forebyggende indsats skal naturligvis komme et eller andet sted fra, og når vi kommer til det, kniber det svært med at finde et ansvarligt flertal. For nylig har CD, Kristeligt Folkeparti, Socialdemokratiet og SF sikret, at der skal afsættes 50 mio. kr. mere til privathospitaler, bare sådan uden videre.

Der er ingen, der bekymrer sig om, hvor pengene skal komme fra, eller hvorvidt de er godt anvendt.

Der er ingen tvivl om, at de private organisationer i mange tilfælde kan løse mange opgaver bedre end det offentlige, men skulle vi så ikke samtidig lukke nogle af de behandlingstilbud, der kan blive overflødige i den offentlige sektor? Det ville have været klødeligt, om det samme flertal havde brugt kræfterne på at få sammenhæng i behandlingstilbudene. Det tjener trods alt de pågældende patientgrupper bedst både ud fra deres egne behov og ud fra den samlede samfundsøkonomi.

[Kirsten Lee]

Vi er flere i Folketinget, der mener, at senile gamle er ilde anbragt på psykiatriske hospitalsafdelinger, og det drejer sig om en stor gruppe. Det er mange, mange tusinder af sengedage på årsbasis. Disse patienter hører rettelig til i den sociale sektor. Det er et synspunkt, som den socialdemokratiske amtsborgmester i Københavns Amt også deler, og hr. Torben Lund var også inde på det i sin ordførertale. Men såfremt amter og kommuner skal varetage disse patienters behov for pleje og omsorg uden for sygehussektoren, fører det naturligvis til en udvidelse af den sociale sektor. De penge kan hentes i nogle af de tomme senge, som patienterne efterlader i sygehussektoren, men det må amter og kommuner åbenbart ikke for Socialdemokratiet og SF.

På medicinrådet har 800-kroners-reglen medført en beskedent stigningstakt i medicinforbruget på omkring 1 pct. i sammenligning med den stigningstakt på 7-8 pct., som vi så før. Nuvel, besparelsen på medicinrådet, som har store sundhedsmæssige fordele, vil et flertal i Folketinget ikke fastholde. Det Radikale Venstre går gerne konstruktivt ind i drøftelser af, hvordan medicinforbruget kan begrænses. Det er der både samfundsøkonomisk og sundhedspolitisk god fornuft i.

Vi støtter naturligvis ikke den socialdemokratiske dagsorden.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Nu havde jeg nok regnet med, at fru Kirsten Lee, der jo kan være skarp nok, havde klaret netop det, ingen af de andre ordførere har kunnet klare, nemlig fortolkningen af dagsordenen.

Men jeg vil godt spørge, hvad fru Kirsten Lee forstår ved udtrykket en hurtigere afvikling af ventelisterne. Og et tillægsspørgsmål: Mener fru Kirsten Lee, at de ventelister kan afvikles, uden at der afsættes yderligere ressourcer til fjernelse af dem? Og i givet fald vil jeg gerne vide hvordan.

Og stadig i forbindelse med fortolkning af dagsordenen vil jeg gerne spørge, hvad fru Kirsten Lee forstår ved omlægning eller begrænsning af forbruget på lægemiddelområdet. Og hvad lægger fru Kirsten Lee i udtrykket i almindelighed i den samme bestemmelse? Det er jo den bestemmelse, der skal udfylde de 530 mio.

kr. i den meget omtalte aftale, så derfor må fru Kirsten Lee vel have gjort sig overvejelser om, hvordan det skal forstås.

Så skal jeg endelig fastslå, at jeg aldrig nogen sinde har sagt, at aftaler skulle være ugyldige. Jeg mener bestemt, at aftaler, der er indgået, er indgået, men det ændrer da ikke ved, at et flertal i Folketinget i givet fald kan beslutte, at rammerne for sygehusvæsenet bør udvides i forhold til den foreliggende aftale.

Jeg er helt sikker på, at amtskommunerne og sygehuskommunerne ikke vil have noget imod at få lov til at drive et sygehusvæsen med tilstrækkelige midler.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Der var nogle ting i fru Kirsten Lees indlæg, som jeg ikke rigtig kunne få til at harmonere, og jeg vil da godt bede fru Kirsten Lee om at præcisere, hvad der egentlig var meningen.

Fru Kirsten Lee udtalte, at det var Det Radikale Venstres mål at holde de offentlige udgifter i ro, og samtidig advokerer fru Kirsten Lee for en besparelse på 1,3 pct. Hvad er det egentlig, De Radikale mener? Skal man skære ned på de offentlige udgifter?

Og så vil jeg også godt spørge, hvordan fru Kirsten Lee mere præcist vil definere de sundhedsmæssige fordele ved at begrænse medicinforbruget på grund af en ekstra egenbetaling på 800 kr. Socialistisk Folkeparti mener ikke, at det skal være menneskers evne til at præstere en egenbetaling, der skal være kriteriet for, om man tager medicin eller ej, men at det burde være sundhedsmæssige og lægefaglige kriterier.

Jeg skal dog ikke undlade at sige, at der også kan være andre grunde til, at der bliver ordineret medicin, som man f.eks. desværre ser det på de psykiatriske hospitaler, hvor der bliver brugt for meget medicin på grund af personalemangel. Men det er en anden historie, som fru Kirsten Lee sikkert ikke vil sige så meget om.

Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Fru Kirsten Lee en kort bemærkning, og så går vi til ordførerrækken.

(Kort bemærkning).

Kirsten Lee (RV):

[Kirsten Lee]

Jeg vil gerne svare fru Birgitte Husmark først. Hun spørger, om vi går ind for besparelser på de offentlige udgifter. Jeg synes, det er væsentligt at forstå, fru Birgitte Husmark, at når det er nødvendigt med besparelser på de offentlige udgifter for at opfylde vores politiske mål, nemlig at holde de offentlige udgifter og skattetrykket i ro, er det jo på grund af meget store indbyggede automatikstigninger. Jeg ved godt, at det synspunkt aldrig nogen sinde har kunnet trænge igennem hos SF, men sådan er det jo.

Og til hr. Torben Lund vil jeg godt sige – inden vi finder en politisk uenighed, som ikke er reel – at jeg har ikke sagt, at Socialdemokratiet har kaldt aftalen for ugyldig.

Jeg har sagt, at Socialdemokratiet gerne ville gøre aftalen ugyldig, nemlig ved at få vedtaget sit dagsordensforslag. Det var såmænd det, der lå i min bemærkning.

Og med henblik på at fortolke dagsordenen synes jeg bare, at man skal læse den, for det væsentlige i den er jo faktisk, at der skal samarbejdes med Amtrådsforeningen og sygehuskommunerne om at opfylde de fire mål. Man skal altså indgå et konstruktivt samarbejde i håb om at kunne opfylde disse mål, og så må vi se, hvor langt vi når.

Jeg tror ikke, mit forhold til ventelisterne ligner hr. Torben Lunds. For der står jo netop her, at vi skal afvikle ventelisterne, bl.a. ved at inddrage private speciallæger. Selvfølgelig kan vi gøre det billigere, selv om fru Birgitte Husmark ikke tror på det. Der er mange ambulante operationer i speciallægepraksis, der er langt, langt billigere end i hospitalsregi, hvor patienterne er omgivet af alt det personale, som nu engang er nødvendigt for sengeliggende patienter. Og selv meget komplicerede operationer kan i dag udmærket foretages i ambulant speciallægepraksis.

Men der er visse lovgivningsmæssige hindringer for, at det må foregå, og disse hindringer er vi villige til at ophæve, hvis det skulle være nødvendigt.

Lis Noer Holmberg (CD):

Jeg skal ikke gå ind i en debat med fru Kirsten Lee vedrørende de små specialhospitalet, blot sige, at allerede ved førstebehandlingen af den nye sundhedslov stillede vi spørgsmål til ministeren om, hvad man agtede at gøre ved dem.

Men som fru Kirsten Lee ved, kom den sundhedslov ikke igennem på denne side sommerferien.

Og så vil jeg godt sige tak til sundhedsministeren for den redegørelse, som sundhedsministeren er kommet med. Vi synes, det er dejligt, at der er sket en væsentlig forbedring af tilbudene med hensyn til fysioterapi til de svært handicappede, og vi glæder os over, at man i drøftelserne med Amtrådsforeningen er blevet enige om, at dette beløb skal forøges yderligere. Hvis ikke disse grupper skulle tilgodeses, hvem skulle så? Vi sætter også pris på de større muligheder for at lægge flere opgaver ud til speciallægepraksis, og jeg vil med det samme sige, at CD ser meget gerne, at hjertetransplantationer også kan foretages på Skejby Sygehus.

Ministeren nævner, at de 300.000 sengedage årligt skyldes, at ældre kvinder pådrager sig brud på lårbenhalsen som følge af fald, og at der vil komme en undersøgelse af sagen i Vejle Amt. Vi glæder os til at se, hvad man får ud af det, det bliver spændende at høre, hvad man kan finde ud af i Vejle Amt.

CD finder det rimeligt, at kommunernes og amtskommunernes udgiftspolitik må løbe parallelt med statens. Staten kan ikke rette landets økonomi op, uden at kommunerne og amterne er med i en sådan målsætning. Derfor er det udmærket, at Kommunernes Landsforening og Amtrådsforeningen har indgået frivillige aftaler med regeringen.

Jeg er enig med Kommunernes Landsforenings formand, Thorkild Simonsen, når han siger, at det er vigtigt, at de valgte politikere ude i landet tages med på råd, inden vi lovgiver, for det er altså derude, at lovene skal forvaltes. Og hvem kan bedre fortælle, hvor skoen trykker, end den, der har skoen på?

Egentlig synes jeg, det er lidt synd for Socialdemokraterne, at de ikke må sidde i byråd eller amtråd samtidig med, at de sidder i Folketinget. Tingene hænger jo nemlig sammen, og måske netop derfor er CD ikke spor betænkelige ved de frivillige aftaler, der har fundet sted parterne imellem.

Med hensyn til fremtidens sundhedsvæsen sker der utrolig mange ting. Flere og flere søger alternative behandlere, og mange mennesker er blevet meget mere bevidste om deres egen sundhedstilstand. Jeg synes, det er forbavsende at opleve, hvor mange der bare inden for de senere år f.eks. er holdt op med at ryge.

[Lis Noer Holmberg]

Utrolig mange motionerer, og flere og flere bliver mere og mere bevidst om deres kostvaner.

Når det er sagt, er det da klart, at CD bestemt ikke finder det særlig heldigt med ventelister til sygehusbehandling, at visse grupper af patienter, endda folk med stærke smerter, skal gå i op til 1½ år, som ventetiden kan være for en hofteoperation. Og man undres, når man får at vide fra operationspersonale, at man har fredage, som man kalder stilledage, hvor man altså ikke bruger operationsstuerne optimalt. Det synes jeg i hvert fald er helt urimeligt, når der er folk, der venter på behandling.

CD finder det beklageligt, at amterne nedlægger de små hospitaler. Vi ved alle, at de små enheder fungerer bedre end mastodonterne.

Som lovgivningen er i øjeblikket, er det amterne, der står for sundhedsvæsenet, og med Socialdemokraternes og andre partiers store læggen vægt på det kommunale og amtskommunale selvstyre er det da amterne, der skal få vort sundheds- og sygehusvæsen til at fungere.

CD beklager dybt, at ministeren, som har bemyndigelse på så mange områder, ikke har mulighed for at gribe ind over for de amter, der i visse tilfælde groft misbruger ressourcerne på sundhedsområdet, for det forekommer. Vi ønsker naturligvis heller ikke besparelser, der rammer patienterne. Men der kan vel også findes andre veje.

Og så kommer man dertil, hvor man må sige, at det er jo altid lidt bittert, når man er en af de sidste, der taler, for mange ting er sagt allerede. Men jeg har faktisk med i mit manuskript, at den overenskomst, som amterne indgik med de yngre læger for år tilbage, har været årsag til mange problemer på vore sygehuse. Det har såvel overlægerne som de yngre læger selv givet udtryk for. Måske kunne vi give formanden for Amtsrådsforeningen et vink om, at det var en idé at indgå en ny overenskomst på dette område. Det ville løse problemerne et langt stykke hen ad vejen.

CD har ikke lagt skjul på, at vi gerne så sygehusvæsenet lagt ind under Sundhedsministeriet, og det er helt ubegribeligt for mig, at det ikke kan finde gehør. Der er f.eks. ingen, der finder det besynderligt, at seminarierne hører under Undervisningsministeriet.

Desuden vil jeg gerne sige, at CD intet har imod privathospitaler. Også på sygehusområdet er det en gevinst med en vis konkurrence.

Vi ved alle, at vi får flere og flere plejekrævende ældre, og her er det efter vor mening utrolig vigtigt, at kommunerne sørger for god og kærlig pleje til disse mennesker – i øvrigt nok et problem, vi må tage op for sig selv. Men da alderdomssvækkelse jo ikke er en sygdom i sig selv, er det altså beklageligt, at alt for mange ældre befinder sig i en sygehusseng efter at være færdigbehandlet, simpelt hen fordi kommunerne ikke lever op til deres ansvar og sørger for den nødvendige pleje, hvad enten det så er på et plejehjem eller i de pågældendes eget hjem. Kommunerne nasser faktisk på amterne, sygehussengene må og skal kun benyttes af patienter, der af den ene eller den anden grund skal behandles på et hospital.

Så taler man om, at eventuelle besparelser på medicinområdet ikke må påføre patienterne øgede udgifter. Nej, selvfølgelig ikke, men lægerne må tænke, før de ordinerer. Og i øvrigt er det glædeligt, at lægerne er blevet mere prisbevidste. Den medicinordning, der blev indført sidste år, har haft en positiv virkning, selv om den blev kulet ned fra starten og er droppet nu. For CD er det vigtigt, at medicinalindustrien fortsat har gode muligheder for forskning, og at den ikke forhindres i at udvide sine markedsandele.

Socialdemokraternes dagsorden kan vi ikke stemme for. Vi mener ikke, at problemerne løses ved at pumpe flere ressourcer ud. Vi mener, det er vigtigt, at de ressourcer, der allerede er, bliver brugt bedre. Den anden dagsorden, som er stillet af regeringspartierne og Fremskridtspartiet, kan CD gå ind for, bl.a. fordi den medtager CD's ønske om en opløbning af amtsgrænserne med hensyn til patientbehandling, for her har vi grelle eksempler på, hvad de stive amtsgrænser har påført patienter af lidelser, fordi de ikke har kunnet opnå kaution. Vi er bestemt heller ikke uenige i, at der skabes den bedst mulige behandling af patienterne, men CD ønsker at stå frit over for eventuelle initiativer, der måtte komme som følge af denne dagsorden.

Med disse ord kan vi altså stemme for den af regeringen og Fremskridtspartiet foreslåede dagsorden.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Der er talt meget om ventetider i denne debat. En del har været rigtigt, men noget har og-

[Sundhedsministeren]

så været ukorrekt. Der er sket en forbedring i udviklingen i ventetiderne. Jeg kan nævne en række opgørelser, der strækker sig fra 1986:

Den 30. juni 1986 var den gennemsnitlige ventetid for grå stær-operationer 9½ måned, den 31. december 1989 8 måneder, for hofteoperationer 12,1 måned i 1986, 6,2 måneder den 31. december 1989, for knæoperationer 19 måneder i 1986, 7,5 måneder i 1989 og for åreknuder 7,2 måneder i 1986, 6 måneder i 1989.

Der er en helt klar udviklingslinje i de tal, og det hænger sammen med, at operationskapaciteten er blevet øget på disse områder.

I mit første indlæg var jeg inde på, at en øget operationskapacitet også medførte en øget tilgang af patienter, fordi man blev behandlet på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet. Det er et gode, som vi kun skal være taknemmelige for at vi kan yde. Men på den anden side må vi også realistisk gå ud fra, at der er en undergrænse. Det er godt, at man kan blive opereret, inden man bliver totalt blind på grund af grå stær, og det er godt, man kan blive opereret, når man er delvis blind. Men det er jo ikke nogen folkeforlystelse at blive opereret, så på et eller andet tidspunkt når vi ned på et henvisningskriterium, som man ikke kan komme under.

Der er talt meget om sammenhængen mellem ventetider og ressourcer, og der er selvfølgelig en sammenhæng, men den er ikke entydig. Hvis vi laver en sammenligning amterne imellem og undlader at lade Bornholm gå ind i sammenligningen, da der er nogle særlige ordninger omkring sundhedsudgifterne og -opgaverne på Bornholm, kan jeg oplyse, at det amt, der har de højeste udgifter til sygehusvæsenet pr. borger, ikke har de laveste ventetider, men ventetider på landsgennemsnit, mens det amt, der har de laveste sygehusomkostninger pr. borger, også er blandt de amter, der har de korteste ventetider. Så der er ikke nogen helt entydig sammenhæng mellem omkostninger og ventetider.

Der bliver stillet spørgsmål om formuleringen af dagsordenen, og der bliver – måske nok lidt med rette – sat spørgsmålstejn ved formuleringen angående afviklingen af ventelister. Når hr. Torben Lund sætter et spørgsmålstejn, er det selvfølgelig, fordi han har en grundig viden om forskellen på ventetider og ventelister, men i den almindelige folkelige udtryksform hedder problemet ventelister og ikke venteti-

der. Og den intention, der ligger i det første »at« i dagsordenen, er helt klart at nedbringe ventetiderne.

Så bliver der spurgt, hvordan man har forestillet sig at det kan gøres, hvad man forstår ved vendingen private speciallæger, om det henviser til privatsygehuse. Det sidste er ikke tilfældet, alene af den grund, at de private hospitaler har en så beskeden kapacitet, at de ikke kan afhjælpe noget som helst. Der er tale om, at man bl.a. kan nedbringe ventetiderne ved i højere grad at inddrage praktiserende speciallæger, og her er øjenområdet et helt oplagt eksempel.

Som jeg tidligere har sagt, er der netop indgået moderniserede overenskomster med øjenlægerne, så man nu kan operere for grå stær for 6.000 kr. Det ligger væsentligt under de gennemsnitsberegninger, vi arbejder med inden for sygehussektoren. Overenskomsterne er udformet således, at hvert enkelt amt kan gøre sine egne omkostninger ved disse operationer op og vurdere på forhånd, hvor mange man eventuelt ønsker at købe hos en praktiserende speciallæge.

Det er tanken at modernisere en lang række overenskomster, bl.a. med det sigte at lægge flere mindre opgaver uden for sygehusene. De gode erfaringer, man har gjort på det seneste med hensyn til ambulante operationer, bl.a. i Århus og Vejle, viser jo netop vejen. Nu har vi en teknik, som gør, at en lang række behandlingsopgaver med fordel kan lægges uden for sygehusene.

Der er blevet spurgt, hvordan man skal forstå, »at der på lægemiddelområdet sigtes mod omlægninger eller begrænsninger i forbruget, som ikke i almindelighed forøger patienternes udgifter til medicin«. Som det har været sagt både af mig selv og andre, er der nedsat et udvalg, som skal komme med forslag til, hvordan man kan begrænse udgifterne. Denne dagsordenformulering er et klart signal til dette udvalg om, at man ikke skal løse opgaven ved at vende tilbage med en generel tilskudsnedsettelse. Og så er fru Inger Stilling Pedersen jo også kommet med supplerende bemærkninger om, hvordan udtrykket kunne fortolkes.

Det sidste »at«-punkt har man også sat spørgsmålstejn ved. Det betyder i al sin enkelhed, at man skal fortætte og forstærke den effektivisering og produktivitetsudvikling, som er så udmærket i gang i amterne. Det er meget

[Sundhedsministeren]

vigtigt, at vi i denne periode, hvor der er behov for omstillinger og udviklinger, bruger alle de virkemidler, vi kan. Jeg har i mit første indlæg opregnet en lang række virkemidler, og det er min hensigt, at vi skal bruge dem alle. Det er utrolig vigtigt, at vi ikke kun har én løsning, men mange indgange til at løse den opgave.

Og så er det mig også magtpåliggende at efterleve det, som er formuleret i dagsordenen, at det skal ske i et samarbejde med de ansvarlige for sygehusenes drift, og jeg vil være meget åben over for de ønsker, de måtte have, for at vi i fællesskab kan leve op til dagsordenen.

Torben Lund (S):

Jeg vil gerne takke sundhedsministeren for det sidste indlæg, og jeg kan ikke lade være med også at sige til dem af Folketingets medlemmer, som synes, at nu har dagen været længe nok, at vi kunne nok have kortet aftenen noget af, hvis det havde været muligt på et lidt tidligere tidspunkt at få nogle af regeringspartiernes ordførere i debatten til at komme med de fortolkningsbidrag til den foreslåede dagsorden, som sundhedsministeren har givet her i sidste runde. Jeg synes i hvert fald, der kom noget mere klarhed over, hvad der ligger i regeringspartiernes dagsordensforslag.

Sundhedsministeren gjorde meget ud af spørgsmålet om ventetider både i sit første og i sit afsluttende indlæg. Og jeg kan ikke lade være med at bemærke, at det selvfølgelig er korrekt, når man gang på gang fremhæver, at det kun er nogle få procent af indlæggelserne på vore hospitaler, som har været igennem en ventetid, men det er jo i virkeligheden en ringe trøst for de trods alt mange tusinde mennesker, det drejer sig om, som har måttet gå med en eller anden lidelse i lang tid og ikke kunnet få den behandlet på grund af ventetid.

Men jeg vil gerne også i forbindelse med ministerens første indlæg spørge, om bemærkningerne om, at der skulle ske ændringer i regler og overenskomster, indebærer, at man fra regeringens side overvejer at give amtskommunerne en egentlig plankompetence på praksisområdet. Det er jo noget, Amtsrådsforeningen har efterlyst, og som man også har efterlyst i forbindelse med forslaget til ny sundhedslov. Det er meget godt, at man hele tiden pålægger amtskommunen at finde nye besparelser og styre noget bedre, men så længe vi er på praksisom-

rådet, altså på det liberale erhvervs område, står amtskommunerne i virkeligheden uden reel mulighed for at skære igennem og altså uden en reel selvstændig plankompetence, fordi alt skal afgøres gennem overenskomster. Men er der sådanne planer?

Endelig vil jeg for så vidt angår dagsordenen spørge sundhedsministeren, efter at vi nu har fået fortolket den første pind vedrørende ventelisterne, om udtrykket afvikling skal forstås fuldstændig bogstaveligt. Er det sådan, at der i denne dagsorden ligger, at man vil afvikle ventetiderne i 1991?

Hvis det er tilfældet, vil jeg gerne spørge, hvordan man får det til at harmonere med den økonomiske ramme, man har aftalt med sygehuskommunerne. For uanset hvordan man vender og drejer det, er den diskussion, om det er billigere med private speciallæger eller det er dyrere med hospitalsindlæggelser, jo selvfølgelig en interessant diskussion. Men hvis man skal afvikle ventelisterne og altså tillige inddrage de private speciallæger, så må det dog alt andet lige koste nogle penge, for det skal jo ses i forhold til, at folk ellers står på en venteliste.

Derfor vil jeg bede ministren bekræfte, at en gennemførelse af det, der står i den første pind vedrørende ventelisterne, under alle omstændigheder vil koste penge og dermed ligge ud over den aftale, som man har indgået med Amtsrådsforeningen.

Endelig skal jeg gøre den bemærkning om forebyggelsen, som ministeren også var inde på i sit første indlæg, at vores værste anelse om Det Forebyggelsespolitiske Råd er blevet opfyldt. Vi har snakket om, at der nu ville ske en politisk styring også af forebyggelsessiden.

Nu bliver det ikke bare ministeren, der skal foretage den politiske styring, men jeg har lagt mærke til, at det bliver en af ministerens politiske kolleger, nemlig Venstre amtsborgmesteren i Vejle Amt, som skal være formand for Det Forebyggelsespolitiske Råd, og dermed må man unægtelig sige, at partiet Venstre har lagt sin klamme hånd på det forebyggelsesarbejde, der skal udføres her i landet fremover.

Det sidste, jeg skal sige, er til fru Kirsten Lee, der om dagsordenen og dens fortolkning alene sagde, at vi jo bare kunne læse denne dagsorden. Javist, den kan vi godt læse. Problemet for os har bare været, at forslagsstillerne selv læser dagsordenen meget forskelligt. Jeg synes, den

[Torben Lund]

er helt uforpligtende og i alt for høj grad indholdsløs, og derfor vil vi naturligvis ikke tage et medansvar for det, der står i den, ved at stemme for den. Vi agter at stemme imod regeringspartierne dagsordensforslag.

Birgitte Husmark (SF):

På trods af det, der er sagt af regeringspartierne ordførere, og på trods af ministerens forsøg på at besvare, hvad der egentlig ligger i denne dagsorden, er jeg for mit vedkommende ikke blevet meget klogere. Jeg forstår nok, at ministeren advokerer for, at der skal ske en effektivisering, og at man på grund af denne effektivisering skal kunne nedbringe ventetiderne. Man får faktisk det indtryk af dagsordensforslaget, at der skal sikres en hurtigere afvikling af ventelisterne ved hospitalerne. Men det skal stadig være inden for den eksisterende budgetmæssige ramme, som indebærer en millionnedskæring i forhold til det, der har været gældende for i år.

Det kan ikke gå godt. Desuden hører vi ikke noget om, hvilke konsekvenser denne effektivisering vil få for det kommunale system, for det er jo heller ikke gratis at sende patienterne hurtigere hjem efter deres behandling.

Der skal så være et kommunalt system, der fejler dem op. Der er behov for ekstra pleje, der er behov for. . .

Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Der tales for meget. Må jeg bede om, at man også i sidegangen undlader at tale så højrodet.

Birgitte Husmark (SF):

Man fremsætter dette dagsordensforslag uden at gøre rede for, hvad der skal bære den forøgede aktivitet, og derfor kan jeg ikke se det som andet end en illusion.

Desuden synes jeg, vi får illustreret, hvor tåget og udefineret denne dagsorden er, når vi hører Centrum-Demokraternes ordfører, fru Lis Noer Holmberg, der jo betinger sig, at Centrum-Demokraterne ved en eventuel senere udmøntning af dagsordenen ønsker, at Centrum-Demokraterne skal stå frit med hensyn til initiativer, der skal følge den op. Det viser jo i en nøddeskal, at man ikke kan sige noget som helst om, hvad den egentlig indeholder.

Det samme har gjort sig gældende med hensyn til de senere pinde. Vi har bestemt ikke no-

get imod fra SF's side, at der sker en opløsning af amtsgrænserne, men igen mener jeg, at det er noget, der skal være en eller andet konsekvens og opfølgning af. Vi har ikke fået noget som helst at vide om, hvad man forestiller sig med hensyn til omlægning og begrænsning af medicinforbruget. Hvordan skal det ske? Vi ved ikke andet, end at der er nedsat en komité, og det har man jo blandede erfaringer med.

Endelig har vi ikke fået noget at vide om konsekvenserne af den effektivisering af sundhedssektoren, som ministeren hævder sit hoved til.

Jeg synes derfor, det er en dagsorden, som ikke kan bruges til noget som helst.

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

I anledning af hr. Torben Lunds spørgsmål om planlægningskompetencen kan jeg sige, at der ikke er sket ændringer af regeringens opfattelse. Men i den overenskomst, der er indgået med speciallægerne, har man fået løst det problem.

Hvad angår spørgsmålet om afvikling, kan jeg sige, at det selvfølgelig skal forstås sådan, at det, vi taler om, er den kapacitetsbestemte og ikke den nødvendige ventetid for, at arbejdet kan skride, og det ved hr. Torben Lund også godt er nødvendigt.

Der blev spurgt, om det er nødvendigt med øgede ressourcer for at opfylde den første målsætning. Det eksempel, jeg gav, skulle anskueliggøre, at hvis man kan få opereret to patienter for 6.000 kr. stykket, svarer det til operationsomkostningerne ifølge gennemsnitsberegningerne ved en hospitalsbehandling. Det vil altså sige, at man på det område kan få nedbragt ventetiden på øjenoperationer, uden at det betyder øgede omkostninger.

I anledning af bemærkningerne om den udpegede formand for Forebyggelsesrådet kan jeg sige, at den pågældende er leder af det amt her i landet, hvor der p.t. foregår flest forebyggelsesaktiviteter.

(Kort bemærkning).

Torben Lund (S):

Jeg synes stadig væk, der er en lille smule uklarhed.

Vil ministeren ikke erkende, at fra at man har adskillige tusinde mennesker stående på venteliste til behandling, og til at man nu vil afvikle disse ventelister ved en øget inddragelse af pri-

[Torben Lund]

vate speciallæger, ligger der en omkostningsforskel? Så længe de pågældende står på venteliste, er de jo for sygehusvæsenet og for sygesikringsområdet i princippet gratis. Men uanset at ministeren mener, det er billigere at sende dem til privatpraktiserende læge frem for at sende dem på sygehuset, må det dog koste noget.

Vil ministeren ikke erkende, at det må koste noget, hvis man, som der står, i 1991 skal afvikle ventelisterne? Og ligger den omkostning inden for den aftale, der er indgået med Amtsrådsforeningen?

Sundhedsministeren (Ester Larsen):

Alle de initiativer, der peges på, ligger inden for den aftale, der er indgået med Amtsrådsforeningen. Vi har ikke nogen patienter, som kun står på venteliste. Der foregår hver eneste dag indlæggelser fra venteliste. Ved at kunne lægge opgaver uden for sygehusvæsenet kan vi få en hurtigere afvikling af ventelisterne, end hvis man ikke foretager sig noget.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 43 af Karen Højte Jensen (KF), Mølgaard Jensen (V), Pia Kjærsgaard (FP) og Kirsten Lee (RV)

vedtoges med 63 stemmer (KF, V, FP, RV, CD, KRF, Steenholdt (GrønL.) og Hugo Holm (UP)) mod 52 (S og SF).

Hermed var følgende forslag bortfaldet:

Forslag om motiveret dagsorden nr. D 42 af Torben Lund (S) (se foran).

Hermed sluttede forespørgslen.

Meddelelser fra formanden:

Tredje næstformand (Povl Brøndsted):

Der er ikke mere på dagsordenen.

Det Energipolitiske Udvalg har afgivet beretning over den af energiministerens den 22. maj 1990 afgivne redegørelse i henhold til § 6, stk. 1, i lov nr. 293 af 10. juni 1981 om anvendelse af Danmarks undergrund.

(Beretning nr. 5).

Eksemplarer vil blive omdelt.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, onsdag den 30. maj 1990, kl. 10.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den i salen opslåede dagsorden.

Mødet hævet kl. 21.55
